



**UNIVERSIDADE TÉCNICA DE LISBOA**  
**FACULDADE DE MOTRICIDADE HUMANA**



**PERSPECTIVAS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE  
RELATIVAMENTE AO BRINCAR COMO UMA  
ESTRATÉGIA DE ALIVIO DA DOR NA CRIANÇA**

Dissertação elaborada com vista à obtenção do Grau de Mestre em  
Desenvolvimento da Criança na Variante Desenvolvimento Motor

**Orientador:**

Professor Doutor Carlos Alberto Ferreira Neto

**Júri:**

*Presidente*

Professor Doutor Carlos Alberto Ferreira Neto

*Vogais*

Professora Doutora Maria Amália Martins Rebolo Marques  
Professora Doutora Maria Teresa Perlico Machado Brandão

Ana Paula Claro Pires Pimentel  
Lisboa 2011





**Universidade Técnica de Lisboa  
Faculdade de Motricidade Humana**



## **PERSPECTIVAS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE RELATIVAMENTE AO BRINCAR COMO UMA ESTRATÉGIA DE ALIVIO DA DOR NA CRIANÇA**

Dissertação elaborada com vista à obtenção do Grau de Mestre em  
Desenvolvimento da Criança na Variante do Desenvolvimento Motor

### **Orientador:**

Professor Doutor Carlos Alberto Ferreira Neto

Ana Paula Claro Pires Pimentel  
2011

## **Agradecimentos**

Ao Jorge, Jorginho e Miguelinho, pela sua compreensão e paciência durante este percurso.

Aos meus pais que sempre me apoiaram e me incentivaram.

A todos os profissionais de saúde que aceitaram participar neste estudo, pelo seu contributo que viabilizou a sua concretização.

Ao Prof. Doutor Carlos Neto, pela orientação na elaboração deste estudo.

Ao Prof. Casa Nova pela sua colaboração e disponibilidade.

À colega e amiga Bebiana pelo companheirismo e amizade.

## **Resumo**

Este estudo explora a perspectiva dos profissionais de saúde relativamente ao brincar como estratégia de alívio da dor na criança. Estudo transversal de carácter exploratório, descritivo, com recurso a análise quantitativa e de conteúdo. Amostra não aleatória de conveniência, 247 profissionais de saúde: Médicos, Enfermeiros, Auxiliares de Acção Médica, Técnicos de Laboratório, Radiologia, Fisioterapia, Psicólogos e outros Técnicos de Saúde, que exercem funções na Unidade Local Saúde do Norte Alentejano, e que prestam cuidados na área da saúde infantil ou tenham contacto directo com crianças em regime de ambulatório/internamento. Utilizado questionário de auto-preenchimento. Os sujeitos atribuem importância ao brincar nas instituições de saúde, para a promoção do bem-estar da criança. Verificou-se diferenças entre os dois géneros em estudo, o que indicia um maior nível de importância atribuída pelo género feminino. O grupo profissional “Psicólogo” indicia maior nível de importância atribuída á variável dependente, sendo o grupo “Técnico de Radiologia”, com níveis menores. No brincar como estratégia para alívio da dor é reconhecido predominantemente a distração. As estratégias relevantes são as não farmacológicas, sendo o jogo/brinquedo mais mencionado.

**Palavras-chave:** Criança; Profissionais de Saúde; Dor; Brincar; Estratégias de Alívio da Dor, Contexto de Saúde.

## **Abstract**

This study explores the prospect of health professionals regarding playing as a strategy of relief of pain in children. It is an exploratory cross-sectional study, descriptive, using quantitative analysis and content. A random sample of convenience, 247 caregivers: doctors, nurses, medical helpers, radiology and laboratory technicians, physiotherapists, psychologists and other health professionals working in North Alentejo Health Trust; who carers in the area of child health or have direct contact with children in residential care/regime. Used selfcompletion questionnaire. The subject give importance to play in health institutions, to promote the welfare of the child. Noted differences between the two genders, indicating a higher level of importance attributed by the feminine gender. The "psychologist" professional group show greater importance to the dependent variable, and on the contrary "radiologist" technicians smaller levels. Distraction is recognized as the main strategy for the pain relief using playing. The relevant strategies are non-pharmacological, being the game/toy most mentioned.

**Keywords:** child; health professionals; pain; playing; pain relief strategies, health context.

## Índice Geral

### Introdução

<b>Capítulo I. Revisão de literatura</b> .....	3
1. Brincar e desenvolvimento da criança em contexto de saúde .....	3
1.1. A criança em contexto de saúde .....	3
1.2. A importância do brincar em contexto de saúde .....	5
2. O fenómeno da dor .....	9
2.1. Conceitos de dor .....	10
2.2. Mecanismo neurofisiológico da dor .....	12
2.3. Tipos de dor .....	13
2.4. A dor na criança .....	14
2.4.1. Estratégias de alívio da dor na criança .....	16
2.4.1.1. Estratégias farmacológicas .....	17
2.4.1.2. Estratégias não farmacológicas .....	17
3. Experiências de intervenção no âmbito da dor .....	23

<b>Capítulo II. Objectivos</b> .....	27
1. Objectivos do estudo .....	27
1.1. Objectivos específicos .....	27
2. Hipóteses .....	28

<b>Capítulo III. Metodologia</b> .....	30
1. População e amostra .....	30
2. Tipo de estudo .....	31
3. Descrição das variáveis .....	32
4. Técnica e instrumento de colheita de dados .....	34
4.1. Procedimento de colheita de dados .....	37
4.2. Fidelidade inter-observadores .....	37
4.3. Procedimentos éticos .....	38
5. Análise e processamento de dados .....	38
5.1. Limitações do estudo .....	40

<b>Capítulo IV. Apresentação e discussão dos dados</b> .....	41
1. Análise e Apresentação Descritiva .....	41
2. Análise e Apresentação Inferencial .....	43
2.1. Análise do nível da importância atribuído pelos profissionais de saúde, ao brincar como estratégia de alívio da dor, nas instituições de saúde em relação ao <b>“Género”</b> .....	43
2.2. Análise do nível da importância atribuído pelos profissionais de saúde, ao brincar como estratégia de alívio da dor na criança, nas instituições de saúde em relação à <b>“Idade”</b> .....	44
2.3. Análise do nível da importância atribuído pelos profissionais de saúde, ao brincar como estratégia de alívio da dor, nas instituições de saúde em relação aos <b>“Serviços onde exercem funções”</b> .....	45

## II

2.4. Análise do nível da importância atribuído pelos profissionais de saúde, ao brincar como estratégia de alívio da dor, nas instituições de saúde em relação às <b>“Instituições”</b> .....	46
2.5. Análise do nível da importância atribuído pelos profissionais de saúde, ao brincar como estratégia de alívio da dor, nas instituições de saúde em relação ao <b>“Grupo Profissional”</b> .....	47
2.6. Análise do nível da importância atribuído pelos profissionais de saúde, ao brincar como estratégia de alívio da dor, nas instituições de saúde em relação ao <b>“Tempo de Experiência Profissional”</b> .....	48
2.7. Síntese da Médias da Escala de Likert das 3 dimensões em estudo	49
2.8. Resultado das médias das 3 dimensões em estudo, na Escala de Likert .....	49
3. Apresentação e análise das perguntas abertas .....	51
3.1. A importância do brincar nas Instituições de saúde .....	52
3.2. O brincar como estratégia para alívio da dor .....	55
3.3. As estratégias utilizadas pelos profissionais de saúde para alívio da dor na criança .....	58
3.3.1. Estratégias farmacológicas utilizados pelos profissionais de saúde, para alívio da dor na criança .....	59
3.3.2. Estratégias não farmacológicas utilizados pelos profissionais de saúde, para alívio da dor na criança .....	60
<b>Capítulo V. Conclusões finais</b> .....	64
<b>Capítulo VI. Recomendações</b> .....	67
<b>Capítulo VII. Referências bibliográficas</b> .....	68
<b>Anexos</b> .....	73



## Índice de Escalas

<b>Escala 1.</b> Escala de Likert Matriz .....	33
<b>Escala 2.</b> Reunião das Médias na Escala de Likert das 3 dimensões em estudo .....	49
<b>Escala 3.</b> Resultado das Médias das 3 dimensões em estudo, na Escala de Likert.....	50

## **Índice de Figuras**

**Figura 1.** Mecanismo da dor ..... 12

**Figura 2.** O brincar como estratégia para o alívio da dor na criança .....56

**Figura 3.** Estratégias farmacológicas utilizadas pelos profissionais de saúde da Unidade Local de Saúde de saúde, para alívio da dor na criança..59

**Figura 4.** Estratégias não farmacológicas utilizadas para alívio da dor na criança, segundo os profissionais de saúde na Unidade Local de Saúde.....61

## **Índice de Quadros**

<b>Quadro 1.</b> Dimensões e planos de itens do instrumento de colheita de dados.....	34
---	----

## Índice de Tabelas

<b>Tabela 1.</b> Distribuição da amostra por Tipo de Instituição .....	31
<b>Tabela 2.</b> Índice De Belcak - FIDELIDADE INTER-SUJEITOS.....	38
<b>Tabela 3.</b> Distribuição da amostra por Género .....	41
<b>Tabela 4.</b> Distribuição da amostra por Idade .....	41
<b>Tabela 5.</b> Distribuição da amostra por Função Desempenhada .....	42
<b>Tabela 6.</b> Distribuição da amostra pelos serviços onde exerce funções .....	42
<b>Tabela 7.</b> Distribuição da amostra por Tempo de Experiência Profissional	43
<b>Tabela 8.</b> Síntese dos resultados do teste U de Mann-Whitney .....	44
<b>Tabela 9.</b> Síntese da Correlação de Pearson .....	45
<b>Tabela 10.</b> Resultados do Teste Kruskal-Wallis em função dos serviços...	46
<b>Tabela 11.</b> Síntese dos resultados do teste U de Mann-Whitney .....	46
<b>Tabela 12.</b> Resultados do Teste Kruskal-Wallis em função do Grupo Profissional.....	47
<b>Tabela 13.</b> Valores das Médias de Rankings referentes ao Grupo Profissional.....	48
<b>Tabela 14.</b> Resultados do Teste Kruskal-Wallis em função do Tempo de Experiência Profissional.....	48
<b>Tabela 15.</b> Análise descritiva das médias das dimensões em estudo.....	50
<b>Tabela 16.</b> A importância do brincar nas Instituições de Saúde .....	52
<b>Tabela 17.</b> Estratégias não farmacológicas para alívio da dor na criança, segundo os profissionais de saúde na Unidade Local de Saúde .....	61

## **Introdução**

A saúde é uma construção diária na escola, no trabalho e no lazer. A saúde é o resultado dos cuidados que dispensamos a nós mesmos e que a sociedade nos dispensa. O conceito de saúde deixou há muito de ser considerado apenas como ausência de doença. A assistência de forma integral voltada para a criança está presente na grande maioria dos documentos oficiais que integram as políticas de saúde actuais. Nas Instituições de Saúde, o atendimento deve ser prestado com uma abordagem holística, respeitando a condição de “ser criança”. Os cuidados prestados pelos profissionais de saúde à criança deve ultrapassar a prestação de cuidados físicos. Dados emocionais e sociais da criança devem ser considerados. A dor é um fenómeno universal que acompanha a humanidade ao longo de sua evolução. A dor é também uma realidade social, uma experiência subjectiva complexa multidimensional, biológica, psicológica e sociocultural que por vezes ocorre no processo de desenvolvimento da criança, podendo ser um alerta para situações de perigo. No seu desenvolvimento as crianças adquirem capacidades de vivenciar ou ultrapassar a dor. Contudo, a dor aguda ou crónica relacionada com um processo de doença, ou de cuidados de saúde, pode ter algumas repercussões físicas e psicológicas futuras para a criança. Ao longo das últimas duas décadas, enormes progressos têm sido feitos no desenvolvimento das abordagens e controlo da dor na criança. O controlo eficaz da dor é um dever dos profissionais de saúde, um direito dos doentes. Existem actualmente diversas técnicas que permitem, na grande maioria dos casos, um controlo da dor. A evolução do conhecimento científico nesta área, perspectiva um novo entendimento sobre a necessidade e importância da prevenção e tratamento da dor. Recém-nascidos, crianças e jovens experimentam a dor ligada a vivências de cuidados de saúde que podem ter influência no seu comportamento de adaptação, aceitação ou recusa. A dor constitui um desafio, uma vez que o ser humano aprende muitas vezes a suportá-la, dado que nem sempre existem medicamentos para a combater. A sociedade, por sua vez, encontra neste fenómeno um desafio, tentando encontrar meios médicos, científicos e financeiros, para controlar ou prevenir, a dor e o sofrimento. A dor está frequentemente presente na criança, durante a permanência dela numa instituição de saúde, quer devido à doença, como aos procedimentos necessários ao tratamento. A abordagem diagnostica e terapêutica de um indivíduo doente é quase sempre invasiva e agressiva. A imagem das instituições de saúde como um local de dor, juntamente com o medo natural que a criança tem ambientes estranhos, permanece na memória de muitos. Particularmente para a criança, em contexto de saúde também está relacionada com exames, presença de pessoas e aparelhos estranhos, ventilação mecânica, um ambiente iluminado e ruidoso, e à interrupção do ciclo sono. Isso gera ansiedade e maior susceptibilidade à dor, com possível interferência na eficácia do tratamento. A ansiedade, o medo que podem envolver alguns tratamentos,

vacinas, injeções, tratamento de feridas e outros procedimentos dolorosos, subjacentes à prevenção da doença, ao tratamento e ao hospital, reflectem-se na construção de processos de confiança nem sempre favoráveis. Quando pensamos no cuidado à criança em contexto de saúde hospitalizada ou em ambulatório numa perspectiva de atenção integral, não nos podemos limitar às intervenções medicamentosas ou às técnicas de reabilitação. A criança necessita ser considerada na sua singularidade e ter a seu dispor, recursos que sejam de seu domínio para expressar-se, vivenciar e elaborar a experiência da doença e da hospitalização. O controlo da dor abrange técnicas farmacológicas como não farmacológicas. Existem várias técnicas para alívio da dor utilizadas pelos profissionais de saúde. A importância do brincar em contexto de uma instituição de saúde ganhou relevância social. A utilização de recursos lúdicos torna-se um catalisador no processo de recuperação da capacidade de adaptação da criança em ambiente de saúde, diante de transformações que ocorrem a partir da sua entrada nas instituições de saúde. Os espaços lúdicos no contexto de uma instituição de saúde criam um ambiente mais acolhedor para as relações das crianças entre si, com os familiares e com os profissionais que se ocupam de seu tratamento. Na perspectiva actual, encontramos algumas práticas que utilizam o brincar como uma estratégia de intervenção no campo da saúde da criança, utilizam o brincar a partir de uma abordagem terapêutica.

Neste estudo objectivou-se analisar a perspectiva dos profissionais de saúde procurando identificar a singularidade de diversas realidades que envolvem o brincar como estratégia para alívio da dor na criança nas Instituições de saúde. Com este trabalho pretende-se contribuir para o enriquecimento da formação dos profissionais de saúde e melhor qualidade na prestação dos cuidados à criança. A presente dissertação está organizada em sete capítulos. Inicialmente foi feita uma introdução geral ao estudo. O primeiro capítulo diz respeito à revisão de literatura, compreendendo fundamentação teórica referente a três grandes temas: O primeiro é referente ao brincar e desenvolvimento da criança em contexto de saúde, estando inserido neste tema a criança em contexto de saúde; a importância do brincar em contexto de saúde; o segundo tema diz respeito ao fenómeno da dor e como subtemas de grupo temos a evolução do conceito de dor; mecanismos neurofisiológicos; tipos de dor e a dor na criança. Relativamente a este último subtema, foram desenvolvidos as estratégias de alívio da dor na criança que comporta as estratégias farmacológicas e as não farmacológicas. O terceiro e último grupo faz referência a experiências realizadas no âmbito da dor. O segundo capítulo contempla os objectivos do estudo; o terceiro a metodologia; o quarto capítulo apresentação e discussão de dados; o quinto conclusões finais, o sexto, as recomendações onde se apontam algumas sugestões para trabalhos futuros; e o sétimo capítulo a bibliografia.

## **I. Revisão de literatura**

### **1. Brincar e desenvolvimento da criança em contexto de saúde**

#### **1.1. A criança em contexto de saúde**

Presentemente as políticas de saúde organizam-se no sentido de diminuir o número e a duração de todos os internamentos hospitalares, devido ao reconhecimento das grandes vantagens económicas e administrativas para a gestão hospitalar, mas também dos benefícios psicológicos e de saúde geral para os utentes. Estudos comprovam sobre as consequências negativas da hospitalização durante a infância, que leva a reconhecer a necessidade de evitar ou reduzir esta experiência, sempre que for possível. No entanto, existem ainda inúmeras situações em que o internamento hospitalar, ou o recurso a exames complementares de diagnóstico, tratamentos em regime de ambulatório, continuam a ser necessários e, por vezes, bastantes prolongados e agressivos. A interrupção das rotinas quotidianas, do ambiente familiar, a presença de equipamentos estranhos e ameaçadores, a necessidade de administrar tratamentos ou de realizar meios de diagnóstico assustadores e dolorosos, a necessidade de contactar com os profissionais de saúde e a impossibilidade de manter o controlo sobre os acontecimentos são condições que dificilmente podem ser completamente eliminadas (Barros, 1999).

Segundo Hochenberry et al (2006), a doença e a hospitalização correspondem às primeiras crises que a criança tem de enfrentar. Especialmente durante os primeiros anos de vida, as crianças são particularmente vulneráveis às crises de doença e hospitalização uma vez que representam uma mudança do seu estado de saúde, da sua rotina familiar e porque os mecanismos que elas possuem, para lidar com os factores de stress, são limitados. Como principais factores de stress na hospitalização podemos incluir a separação, a perda de controlo, as lesões corporais e a dor. Relativamente às reacções da criança, estas são influenciadas pelo seu estadio de desenvolvimento, pelas experiências anteriores de doença/ hospitalização, pela separação familiar, pelas suas capacidades inatas e adquiridas de enfrentar uma situação de crise e pelo sistema de apoio disponível, quer familiar quer dos profissionais de saúde.

As reacções das crianças à hospitalização podem consistir em regressões nas habilidades e competências já adquiridas, perturbações do sono e da alimentação, medos imaginários, dependência, agressividade, apatia e negativismo (Carvalho et al, 2004).

A hospitalização tem um impacto na vida da criança, levando a uma modificação no seu comportamento devido ao novo ambiente estranho, a traumas da doença e desconhecimento quanto aos procedimentos médicos e, ou, cirúrgicos (Teixeira, 2007).

O ambiente das instituições de saúde é para a criança um local de proibições; não se pode correr pelos corredores, jogar bola, falar alto e dependendo das regras da instituição também não se pode brincar. Este lugar é em geral assustador, pois não há nada nele que se possa identificar com suas experiências anteriores, e somado a isso, o facto da sua debilitação física e emocional estarem presentes na situação, tornam a experiência ainda mais agravante (Ferro & Amorim, 2007).

A atmosfera que rodeia a criança é de grande importância, a decoração e mobiliário conducentes a uma atmosfera mais confortável e orientada no sentido das necessidades da criança ajudam a tornar o ambiente das instituições de saúde, mais tranquilo e familiar (Burr, 1988).

Em contexto de saúde é necessário preparar emocionalmente a criança nas situações de angústia e stress, para que os seus medos e fantasias sejam amenizados. Alguns exames além de invasivos, agressivos e dolorosos, requerem uma aparelhagem complexa que emitem sons e ruídos; esses procedimentos embora não possam ser evitados, podem ser suavizados pela sensibilidade da assistência. A assistência humanizada não é só condição técnica, mas primeiramente solidariedade, amor e respeito pelo ser humano, uma vez que a criança em sua condição “indefesa” procura nos adultos apoio, carinho e compreensão (Ferro & Amorim, 2007).

A hospitalização possa ser, e é, geralmente “stressant” para as crianças, ela também pode ser benéfica. O benefício mais óbvio é a recuperação da saúde mas, a hospitalização pode, também, apresentar uma oportunidade para a criança dominar o stress e sentir-se competente na sua capacidade de enfrentar a doença (Hochenberry et al, 2006).

Barros (1999), também considera que o contacto com uma instituição de saúde pode ser uma ocasião de aprendizagem e desenvolvimento para a criança, através do estabelecimento de uma relação de ajuda com os profissionais de saúde e através de uma relação mais próxima com os familiares. Esta oportunidade de aprendizagem e desenvolvimento resulta de uma situação que é nova e apresenta um grau moderado de ameaça e stress, em conjunção com a disponibilidade de figuras apoiantes (técnicos de saúde, familiares) e de modelos de actuação adequados.

Em suma, a situação de crise que constitui a doença e tudo o que envolve o contacto com uma instituição de saúde, não é, necessariamente, desestruturante, podendo ser uma fonte de crescimento e maturação, se devidamente acompanhada e compreendida.

É neste âmbito que o brincar em contexto de saúde adquire valor inquestionável e é sobre ele que se refere o capítulo seguinte



## 1.2. A importância do brincar em contexto de saúde

Para a criança que se encontra em contexto de uma instituição de saúde, hospitalizada ou em regime de ambulatório, a importância do brincar no hospital justifica-se três diferentes funções: recreativa, educacional e terapêutica. Recreativa, no momento em que concede prazer, diversão; terapêutica, quando favorece a continuação do seu desenvolvimento neuromotor, social, emocional, e a vertente educacional, quando contempla os aspectos intelectuais e cognitivos (Novaes, 2003).

O lúdico pode ser considerado um catalisador de qualquer adversidade, inclusive quando está em ambiente de saúde, porque auxilia o processo de adaptação da criança a essa nova realidade e das futuras transformações. Os brinquedos, jogos e histórias como suporte do lúdico, aumentam a resiliência da criança e consequentemente de todos os envolvidos. Através do mundo lúdico a criança deixa a imaginação e os sentimentos livres conseguindo expressar as suas experiências positivas e negativas que a angustiam e dessa maneira, fortalece a sua auto-estima e o seu processo de recuperação, concomitante ao tratamento médico. O lúdico proporciona reequilíbrio do mundo da criança.

*A actividade lúdica pode funcionar como um agente reorganizador o que, por sua vez, implicaria a produção de sentido para as experiências vividas pela criança. Logo, o brincar possui uma dimensão ontológica na constituição do sujeito* (Leite & Sandoval, 2003).

O brincar estimula e contribui para o desenvolvimento da atenção, concentração, socialização criatividade, expressão corporal e oral, raciocínio lógico, curiosidade, iniciativa, pensamento, competitividade, auto-expressão, auto-realização, autoconfiança, coordenação, destreza, força, rapidez, motivação, ordenação temporal e espacial, formação de atitudes sociais como respeito mútuo, cooperação, obediência às regras, senso de responsabilidade e justiça, iniciativa individual e grupal, flexibilidade, auto-estima e solidariedade, entre outros. Para que isto aconteça faz-se necessário que reconheçamos que cada criança partilha de uma cultura lúdica. Essa cultura é formada a partir da introdução de regras oriundas do meio social que são particularizadas pelo indivíduo (Mitre & Gomes, 2004).

Ribeiro (1998), desenvolveu um estudo sobre o brinquedo terapêutico na assistência à criança hospitalizada: significado da experiência para o aluno de enfermagem Este estudo consta da análise de um aluno de enfermagem que utilizou o brinquedo terapêutico para assistir a uma criança hospitalizada. Utilizou o brinquedo terapêutico como recurso para conseguir realizar os procedimentos, ofereceu à criança os materiais utilizados nos procedimentos,

auxiliando-a a manuseá-los e sempre respeitando a sua disponibilidade para brincar. A criança dramatizou os procedimentos num “coelhinho”. Conclui-se que o brinquedo terapêutico teve um efeito positivo dessa intervenção sobre o comportamento da criança, favorecendo a aceitação de profissionais aos quais a criança estava submetida.

A criança expressar-se através do brinquedo, sendo uma forma de autoterapia que dispõe. *“Através do brinquedo podemos ajudar a criança a ajudar-se a si mesmo”* (Ribeiro, 1998).

Também um estudo realizado por Santos, Borba & Sabatés (2000), sobre a importância da preparação da criança pré-escolar para a injeção intramuscular com o uso do brinquedo. Conclui-se que a medicação administrada por via intramuscular, quando as crianças são preparadas através do brinquedo, apresentam uma menor frequência das reacções da criança e permitem comprovar que o brinquedo é um meio eficaz para minimizar os efeitos dolorosos da injeção.

Brincar é um meio de expressão através do qual comunica os seus medos, angústias, afectos, alegrias, diminui sua ansiedade e expressa seus sentimentos enquanto hospitalizada. Por meio da brincadeira ela pode compreender o mundo que a rodeia (Faleiros, Sadala & Rocha, 2002).

Neste âmbito, e especificamente para a criança que se encontra num serviço de internamento ou seja hospitalizada foi criada a *Carta da Criança Hospitalizada* (1996), aprovada em Lieden em 1988, por várias associações Europeias e divulgada em Portugal pelo Instituto de Apoio à Criança que expressa alguns princípios, universalmente aceites, dos quais se destacam os seguintes:

6º Princípio refere que *“as crianças devem ficar reunidas em grupos etários para beneficiarem de jogos, recreios e actividades educativas adaptadas à idade (...)”* Carta da Criança Hospitalizada (1996:11).

7º Princípio refere que *“O Hospital deve oferecer às crianças um ambiente que corresponda às suas necessidades físicas, afectivas e educativas (...)”* Carta da Criança Hospitalizada (1996:12).

Segundo Bergan, Santos & Bursztyn (2004), a humanização nas instituições de saúde aplicada com o trabalho artístico dos Doutores da Alegria construiu, uma parceria entre artistas e profissionais de saúde, estimulando alterações importantes em relação às crianças hospitalizadas: mudanças no comportamento, maior colaboração com exames e tratamentos, melhor comunicação, diminuição de ansiedade com o internamento e eventuais intervenções cirúrgicas, foram alguns dos efeitos relatados pelas crianças, pais e profissionais de saúde.

Relativamente ao brincar, Motta & Enumo (2002), referem que este pode proporcionar, calma e segurança, através de actividades estimulantes e divertidas. A utilização específica de grupos animadores como por exemplo palhaços, têm uma função de alegrar o ambiente e amenizar sensações desagradáveis da hospitalização, humanizando o contexto hospitalar.

O brincar é uma das formas que a criança tem para comunicar com o mundo que a rodeia podendo ser instrumento facilitador para a integração do cuidado, adesão ao tratamento e contribui para o fortalecimento do processo de humanização (Pedro et al, 2007).

O brincar não serve apenas para distrair e descontrair a criança, mas serve também, para o profissional de saúde conhecer e relacionar-se, ao mesmo tempo que, a ajuda a exprimir sentimentos acerca da sua experiência de internamento. O profissional de saúde que contacta com crianças durante a sua prática diária, deve saber brincar e isso requer uma avaliação prévia da criança, com a qual procura estabelecer interação, das suas características e necessidades. E depois, adequar o brincar à criança, fazendo uso do saber, experiência, imaginação e paciência acompanhando o seu ritmo (Silva, 2004).

Através do lúdico a criança constrói significados importantes na concepção de si e de suas emoções, consegue elaborar os diversos conteúdos que emergem na hospitalização e obtém melhorias na forma de lidar com suas emoções (Ferro & Amorim, 2007).

Deste modo, o brincar é terapêutico, na medida em que promove o bem-estar. É terapêutico, porque a criança brinca de uma forma livre e desinteressada no hospital, aproximando-o da sua realidade quotidiana (Motta e Enumo, 2002).

Azevedo & Santos (2004), consideram que é um desafio para os profissionais de saúde fazer do brincar um acto terapêutico. Mas o brincar também pode ser uma aplicação técnica. Segundo os mesmos autores, é uma aplicação técnica quando se utiliza o brincar junto da criança que se encontra numa instituição de saúde, como por exemplo, para ajudá-la a compreender e adaptar-se, de um modo adequado, aos procedimentos invasivos e a um momento de dor.

O brincar terapêutico ou uma aplicação técnica, é, sem dúvida, um recurso primordial, não só para a criança/pais como para os profissionais para enfrentar situações “stressantes” como a hospitalização (Motta & Enumo, 2002).

Também Motta & Enumo (2002), descrevem algumas das muitas estratégias que permitem uma adaptação positiva a um procedimento invasivo, sendo estas o “ensaio comportamental”, onde são oferecidos materiais hospitalares de brinquedo para que a criança possa, ao manipulá-los, expressar os seus medos e ansiedades frente aos instrumentos que serão posteriormente utilizados com

ela; e as “técnicas de imaginação/distracção” nas quais a criança é solicitada a imaginar e fantasiar uma história com um herói que ela admire, para que este a possa ajudar a enfrentar, com segurança, a ansiedade que está a vivenciar.

Segundo Machado & Sousa (2007), a utilização do brincar permite à criança expressar o medo, a ansiedade e a frustração, que provavelmente, de outra forma não conseguiria e possibilita aos profissionais de saúde obter um conjunto de informações e uma ideia mais clara daquilo que a criança sente.

Doverly (1984), também refere que o brincar permite a comunicação com o profissional, distrai e diminui a ansiedade da criança.

Mitre & Gomes (2006), desenvolveram um estudo em que analisou a promoção do brincar em hospitais, nas perspectivas dos profissionais no espaço de saúde infantil. Da amostra constavam 3 hospitais (1 hospital geral, 1 hospital pediátrico e 1 hospital materno infantil). O instrumento de colheita de dados foi a entrevista semi estruturada a profissionais de saúde destes três hospitais. Também se utilizou para complementar a colheita de dados a observação de actividades lúdicas promovidas a fim de compor o cenário quotidiano a que se referiam as respostas das entrevistas. A promoção do brincar não ocorreu de uma única maneira nas instituições de saúde pesquisadas. Cada hospital apresentava uma história bastante peculiar sobre as actividades lúdicas. Verificou-se também neste estudo que a promoção do brincar no espaço da hospitalização de crianças envolvia não apenas os profissionais originalmente vinculados à área da saúde, mas também alguns oriundos de ciências humanas. Esta pluralidade reforça a característica do lúdico como instrumento terapêutico interdisciplinar de intervenção na infância.

Por isso, o uso do brinquedo tem que ser feito com muito cuidado e critério, de acordo com objectivo traçado e com a realidade da criança que irá brincar. O brinquedo pode ser dirigido ou pode ser livre e em ambos os casos, ele pode caracterizar-se como estratégia positiva para enfrentar os momentos vividos numa instituição de saúde, tendo um efeito terapêutico e educativo na promoção do bem-estar da criança.

Uma criança em contexto de saúde (Hospital/Centro de Saúde), necessita por vezes de realizar exames (laboratoriais, radiológicos), pelo que é importante que em todas estas situações a criança utilize a brincadeira no sentido de minimizar os medos inerentes a estas situações, pois todas elas podem ser traumatizantes e assustadoras. Ainda, neste contexto uma criança experiêcia, normalmente desconforto físico e muitas vezes a dor, inclusive o medo das “batas brancas”, que simbolizam “dor”, principalmente quando existe uma experiência negativa neste âmbito. Contudo, estes momentos em que a criança passa em instituições de saúde, podem constituir uma experiência maturativa.

Para concluir, considera-se que o brincar nas instituições de saúde proporciona equilíbrio, contrabalançando com sentimentos de medo e dor. Como a prática de tratamento global da família inclui os aspectos emocionais e sociais dos cuidados e, não só a recuperação física, o brincar constitui, um factor de protecção para as crianças e ao mesmo contribui para o seu desenvolvimento como ser humano que vivenciam estas experiências.

No capítulo seguinte apresenta-se o desenvolvimento do tema dor e alguns aspectos que ela compreende.

## **2. O fenómeno da dor**

A abordagem da dor é para os profissionais de saúde fonte de grande preocupação. Numerosos estudos têm sido feitos sobre a dor, que revelam que a dor é muito variável e modificável do que geralmente se pensava no passado. Difere de pessoa para pessoa e de cultura para cultura.

*A ideia de dor como fenómeno intrinsecamente subjectivo é talvez uma das definições mais dificilmente aceites por profissionais de saúde com uma formação essencialmente positivista, habituados a valorizar as realidades objectivamente quantificáveis. Apesar da grande evolução nas ideias e paradigmas que orientam a investigação e teorização médica actual, continua a haver uma predominância clara das crenças associadas ao modelo biomédico (Barros, 1999).*

A dor é portanto, pela sua frequência e potencial para causar incapacidades, um verdadeiro problema de saúde pública, que justifica, a qualidade de vida e da humanização dos cuidados de saúde, uma actuação planeada, organizada e validada cientificamente.

Tem-se verificado a nível mundial, nos últimos anos, uma crescente preocupação da sociedade em relação à experiência humana de Dor. A Direcção-Geral da Saúde, institui, através da Circular Normativa nº 9 de 2003, a “Dor como o 5º sinal vital”, atendendo a que:

- a) *A Dor é um sintoma que acompanha, de forma transversal, a generalidade das situações patológicas que requerem cuidados de saúde.*
- b) *O controlo eficaz da Dor é um dever dos profissionais de saúde, um direito dos doentes que dela padecem e um passo fundamental para a efectiva humanização das Unidades de Saúde.*
- c) *Existem, actualmente, diversas técnicas que permitem, na grande maioria dos casos, um controlo eficaz da Dor.*
- d) *Para além das Unidades já existentes, estão a criar-se novas Unidades de Tratamento da Dor, ao abrigo do consignado no Plano Nacional de Luta Contra a Dor.*

*e) O sucesso da estratégia terapêutica analgésica planeada depende da monitorização da Dor em todas as suas vertentes.*

*f) A avaliação e registo da intensidade da Dor, pelos profissionais de saúde, tem que ser feita de forma contínua e regular, à semelhança dos sinais vitais, de modo a otimizar a terapêutica, dar segurança à equipa prestadora de cuidados de saúde e melhorar a qualidade de vida do doente.*

Assim, a Associação Portuguesa para o Estudo da Dor, através da implementação de um Plano de Luta Contra a Dor, define o modelo organizacional a desenvolver pelos serviços de saúde e orientações técnicas que promovam boas práticas profissionais na abordagem da dor (Plano Nacional da Luta Contra a Dor, 2001).

As teorias da dor têm sido desenvolvidas por filósofos e cientistas reflectindo as correntes do pensamento da sua época. Toda a experiência de dor inclui aspectos: Sensorioperceptuais (discriminação da dor no tempo, espaço e intensidade) e emocionais/motivacionais (conhecimento, avaliação e concepção da dor) (Batalha, 2002).

As teorias conhecidas sobre a dor focam um ou vários aspectos. Tradicionalmente as teorias dividem-se em teorias neurofisiológicas e psicológicas. Este facto reflecte a dualidade corpo - mente do pensamento científico ocidental. Esta divisão não pode ser vista como grupos de teorias concorrenciais, mas como caminhos alternativos e complementares para explicar o fenómeno da dor. (Batalha, 2002)

## **2.1. Conceitos de dor**

Vários estudos realizados nesta área e destes tem emergido um novo conceito de dor que é bastante diferente das antigas concepções.

O termo “dor” é um conceito abstracto e no que respeita à definição da palavra “dor”, esta tem sofrido alterações ao longo dos tempos.

A origem etimológica da palavra *dor* vem do grego *poinê*, que significa punição ou penalidade (Silva et al, 2007).

Melzack & Wall (1982), descrevem dor como uma abstracção que designa: “1-uma sensação pessoal e íntima do mal; 2-um estímulo nocivo que assinala uma lesão tecidular actual ou eminente; 3-um esquema de reacção destinado a preservar o organismo do mal”.

Merskey & Col, citados por Melzack & Wall (1982), definem dor como “uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a uma lesão tecidular real ou virtual, ou descrita em termos duma tal lesão”.

Esta definição baseia-se na relação entre lesão e dor, e na integração da dimensão afectiva da experiência dolorosa, que se junta à dimensão sensorial. As propriedades “desagradáveis” da dor são complexas e comportam múltiplos aspectos que ficam ainda por identificar.

Mountcastle, também citado por Melzack & Wall (1982), diz que *“a dor é a experiência sensitiva provocada pelo estímulo que lesa os tecidos ou ameaça destruí-los, experiência definida introspectivamente por cada um, como o que magoa”*. Esta definição é insatisfatória, ninguém pode negar a existência de uma relação entre a dor e a lesão tecidual real ou temida, mas esta relação é tão variável que não se poderia definir a dor exclusivamente em termos de lesão tecidual. Esta pode existir na ausência de qualquer lesão, ou muito tempo após a cura de uma ferida.

A associação entre a dor e lesão também gera controvérsia. Se, por um lado, não há qualquer relação proporcional entre uma e outra, por outro lado, levanta-se o problema de, não existindo lesão, existir dor e vice-versa (Cordeiro, Carvalho & Veiga, 2001).

Actualmente, não é possível uma definição precisa da dor. A diversidade de experiências dolorosas explica porque tem sido impossível, até hoje encontrar uma definição satisfatória da dor. A palavra “dor” representa uma categoria de fenómenos compreendendo muitas experiências diferentes e únicas, tendo causas diversas, e caracterizadas por qualidades distintas, variando segundo um certo número de critérios sensoriais e afectivos

Presentemente a dor constituiu um campo de estudo próprio e, para tanto, foi fundada a Internacional Association for the Study of Pain – IASP, com o objectivo de integrar as múltiplas disciplinas aos entendimentos da dor, como a psicologia, fisiologia, anatomia e química do sistema nervoso e, a partir daí, desenvolver estratégias adequadas para o seu tratamento e controle.

A dor é segundo IASP *“uma experiência sensorial e emocional desagradável associada com real ou potencial lesão de tecido ou descrita em termos de tal lesão.”* (Silva et al, 2007).

Nesta definição estão implícitos dois conceitos, a dor como uma experiência individual e subjectiva; e a dor com dois componentes indissociáveis: um neurofisiológico e sensorial e outro emocional baseado no estado afectivo, experiências passadas, estágio de desenvolvimento e outros factores de ordem pessoal, cultural e espiritual (Batalha, 2002).

É importante estarmos conscientes que no fenómeno da dor estão implicadas todas as dimensões da pessoa que a experimenta em todo o seu ser. Neste sentido, a dor é *“tudo aquilo que a pessoa que a experimenta diz que é,*

*existindo sempre que a pessoa refere existir*” (McCaffry M, citado por Batalha, 2002).

Se as definições são de natureza controversa, estas não constituem excepção. Assim, há autores que levantam a questão de se associar sensações e emoção.

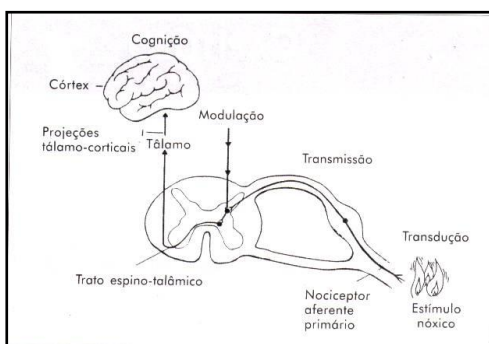
Presentemente, a dor é um fenómeno multidimensional sensorial e afectivo, como *“uma caixa de ressonância de significado pessoal e social* (Batalha, 2002).

## 2.2. Mecanismo neurofisiológico da dor

A Internacional Association for the Study of Pain (IASP), caracterizou os mecanismos neuronais de dor em cinco eixos. Local da dor; sistema fisiológico; padrão temporal e recorrência; intensidade e duração e por fim etiologia (Caillie, 1999).

A neurofisiologia da dor (sensação transmitida pelo sistema nervoso periférico e central até sua interpretação final pelo córtex) sofreu nas últimas décadas, diversas transformações.

No passado, pensava-se que a dor dependia apenas da intensidade da estimulação e não da estimulação de determinado trajecto, com receptores específicos. A sensação de dor origina-se na activação dos aferentes nociceptivos primários por estímulos térmicos, mecânicos ou químicos intensos. Os nociceptores são pequenos terminais nervosos livres, localizados em vários tecidos corporais. Há muitos estímulos nociceptivos (Caillie, 1999).



**Figura1**-Mecanismo da dor - Fonte: Speciali, J.G. (s/d)

Um nervo periférico é composto por três tipos de neurónios diferentes: Os aferentes primários sensoriais, neurónios motores e neurónios pós-ganglionares simpáticos (Batalha, 2002).



As fibras implicadas na condução de um estímulo nociceptivo ao sistema nervoso central são fibras A, B e C, para além de outras que se encontram nos nervos periféricos e com funções distintas da captação sensorial (Pimentel, 1992).

Os aferentes primários podem ser subdivididos em dois grupos:

- Fibras de grande diâmetro, mielinizadas A e B, que transportam sensações não dolorosas e que respondem de forma máxima ao menor estímulo. Encontram-se na principalmente na pele.

- As fibras mielinizadas de pequeno diâmetro, A e fibras C não mielinizadas, igualmente de pequeno diâmetro. Ambas transportam sensações dolorosas e respondem normalmente a estímulos internos. Encontram-se, essencialmente, na pele e vísceras profundas. São os chamados receptores da dor.

Embora a mielinização das fibras A esteja à nascença incompleta, isto apenas contribui para a velocidade de condução de impulsos dolorosos que por sua vez são compensados pelas curtas distâncias interaxionais na criança (Batalha, 2002).

As células nervosas sintetizam substâncias opiáceas endógenas. Estas substâncias, que imitam a acção dos narcóticos e analgésicos são denominadas endorfinas (Cailliet, 1999).

Numbers (1988), baseado em vários estudos conclui que o nível de endorfinas aumenta em estados de stress, aliviando a dor.

## **2.3. Tipos de dor**

Existe alguma dificuldade em se definir os tipos de dor. A existência de vários tipos de dor é possível de ser compreendida como variabilidade individual na identificação da nocicepção, da percepção dolorosa, do sofrimento e do comportamento doloroso. Respostas afectivas e emocionais podem estar junto às características sensoriais do estímulo, ao passo que aspectos psicológicos e sensoriais da dor estão interligados através de vias nervosas (Moreno, 2004).

A dor pode ser aguda ou surda, intermitente ou constante, latente ou consistente, localizada ou generalizada. A sua intensidade pode variar de um certo desconforto até uma dor intolerável (Ferreira et al, 2006).

Em termos de evolução temporal, e segundo Melzack & Wall (1982), existem três tipos de dor: dor transitória, dor aguda e dor crónica. A dor transitória é caracterizada por ser de curta duração, uma vez que esta apenas dura alguns segundos ou alguns minutos, acaba por se dissipar e não provoca grandes sofrimentos. A dor aguda caracteriza-se por ser intensa, decrescente e que desaparece normalmente quando caminha para a cura. Por fim, a dor crónica é um sintoma de ferimento ou de doença, que exige uma atenção redobrada por

parte dos profissionais de saúde. Este tipo de dor conduz à debilidade, provocando muitas vezes, uma depressão profunda.

Assim há autores que preferem falar de dor física e dor psíquica, uma vez que a dor física nem sempre pode levar o rótulo de sofrimento, contrariamente à dor psíquica. Outros autores ainda, a par da dor física e da dor psíquica, falam de dor psicossomática (quando as interações mente-corpo se manifestam mais claramente), mas, ironicamente, alertam-nos para o risco de esvaziar de todo e qualquer conteúdo a própria noção de distúrbio psicossomático (Cordeiro et al, 2001).

Pensa-se na divisão artificial entre corpo e mente, quando todas as investigações nos apontam para o ser humano como um todo, o que pode atrasar o nosso entendimento da complexidade da dor.

## **2.4. A dor na criança**

Ao longo das últimas duas décadas, enormes progressos têm sido feitos no desenvolvimento das abordagens e controlo da dor na criança. Antigamente, mitos perpetuaram a que os práticos acreditassem que as crianças não tinham dor, que não conseguiam expressar realmente a sua dor, e que mesmo que tivessem dor que não se recordariam e por isso não teria impacto.

Os primeiros estudos realizados sobre dor, em que se utilizavam as mesmas medidas de avaliação nas crianças e nos adultos, as crianças mais pequenas reportavam níveis muito reduzidos. Hoje, reconhece-se que é essencial considerar o nível de desenvolvimento cognitivo da criança quando se pretende avaliar níveis de dor. O desenvolvimento cognitivo determina em grande medida a forma como a criança vai ser capaz de perceber, interpretar e reagir às situações dolorosas (Barros, 1999).

Walco (2000), relembra que a dor nas crianças deve ser vista no contexto do desenvolvimento.

A dor é uma experiência comum e perturbadora na criança, que por vezes é subestimada e subintervencionada nos contextos de saúde. O aumento dos acidentes nas crianças, o desenvolvimento de técnicas cirúrgicas, os tratamentos cada vez mais agressivos que requerem intervenções invasivas e logo potencialmente dolorosas e perturbadoras a nível emocional, tornam esta temática pertinente e que urge reflexão por parte dos profissionais de saúde (Caetano et al, 2003).

Segundo Barros (1999), a dor na criança só pode ser verdadeiramente compreendido se atendermos a:

*1-Antecedentes da dor, que têm um papel causal no início do episódio doloroso, ou na exacerbação da intensidade da dor;*

*2-Concomitantes da dor, que ocorrem só durante o episódio doloroso como a depressão ou ansiedade;*

*3-Consequências da dor, que persistem após o alívio da dor e incluem a insuficiência ou disfuncionalidade psicológica, social e física;*

*4-Medidores da percepção e do comportamento de dor, a saber: predisposições biológicas (tais como elementos genéticos, idade, sexo), características individuais (temperamento e o desenvolvimento cognitivo), ambiente familiar (funcionamento, modelos de dor, estilo educacional), avaliação cognitiva, estratégias de conforto e a percepção do apoio social.*

*5-Estratégias de conforto: referem-se ao processo no qual a criança se envolve e que inclui estratégias cognitivas e/ou comportamentais para enfrentar e lidar com o episódio doloroso. Estas estratégias podem ser mais ou menos eficazes ou adaptativas, em função das suas consequências no alívio da dor, na adaptação emocional e no estatuto funciona.*

A dor na criança vai adquirindo conceitos diferentes consoante a faixa etária, isto é, o conhecimento das crianças acerca da dor variam com a idade de acordo com os estádios de desenvolvimento cognitivo definidos por Piaget, relativamente a experiência anterior em relação à dor e aprendizagens familiar e cultural (Reis et al, 2006).

A criança exprime a sua dor de acordo com a sua maturação psicológica, intelectual e afectiva (Cordeiro et al, 2001).

As respostas à dor na criança, segundo o seu escalão etário, são:

Dos 0 - 3 meses - Desde o nascimento até aos 3 meses, apesar de não compreenderem a dor, podem contudo ter memória desta. Apresentam uma actividade expectante e reflexiva (Reis et al, 2006).

Também Reis et al (2006), referem que no período neonatal, o grito foi estudado como a primeira manifestação de dor no recém-nascido. O grito parece ser assim fundamentalmente um sinal de alerta. No recém-nascido, as reacções de dor aguda para além de padrões de choro característico são os movimentos corporais e expressões faciais específicas. A resposta fisiológica de dor no recém-nascido pode ser: taquipneia, polipneia, hipertensão arterial. Outros estudos orientam-se para as variações da saturação de oxigénio e a produção de suor palmar. A “picada” no calcanhar para avaliação de glicemia capilar é um dos procedimentos dolorosos mais comum nas unidades neonatais.

A dor sentida pelo recém-nascido provoca agitação, choro, bem como alterações da frequência cardíaca, respiratória e tensão arterial (Reis et al, 2006).

Dos 3 aos 6 meses - As respostas observadas à dor são de melancolia e cólera (criança birrenta, hiperactiva, inquieta).

Dos 6-24 meses - A criança desenvolve o medo à dor, exprimindo-se com sons e palavras. Atribui à dor uma causa externa, por exemplo: "comer muitos chocolates faz dor de barriga".

Dos 2-5 anos - A criança começa a ser capaz de discriminar sensações diferentes e de verbalizar e representar o medo e a dor. Após os 2 anos e até completar os 5 anos de idade, a criança inicia, grosseiramente, a expressão da intensidade da dor. Neste período surgem associados o medo e a revolta.

Dos 5-7 anos - A criança começa a diferenciar a intensidade da dor e a dar respostas à dor com esquemas conhecidos.

Mais de 10 anos - Já é possível explicar a causa da dor e o significado desta. Se a dor é aguda e de intensidade média ou fraca, a criança tem, uma resposta de grande intensidade emocional. Pode gritar, chorar, barafustar, agredir e tenta fugir aos estímulos dolorosos. Se a dor porém é muito intensa ou duradoura, a criança torna-se estranhamente calma. Fica imóvel e não toma iniciativa motora. A coluna fica rígida e os gestos existentes são raros, lentos e segmentares. A face é inexpressiva e, por vezes, de conotação ligeiramente triste (Cordeiro et al, 2001).

A experiência da dor na criança é influenciada e modificada por factores que não devem ser ignorados, estes factores incluem componentes experienciais, comportamentais, emocionais, físicos e contextuais. São, pois, inúmeros os factores que podem influenciar a percepção da sensação dolorosa. A criança deve ser vista como inserida num contexto particular e único, em que factores como o seu estágio de crescimento e desenvolvimento (fisiológico, psicológico e experiencial), stress extra familiar (escola, hospital), organização e funcionamento familiar, expressão sintomática (frequência, intensidade, duração da dor), vulnerabilidade (doença crónica, trauma agudo, inadaptação psicológica), mecanismos mediáticos (sensibilidade fisiológica, memória da dor, experiências anteriores, ansiedade), entre outros, podem influenciar a sua percepção dolorosa positiva ou negativamente (Batalha 2002).

No capítulo que se segue foi feita uma síntese de estratégias para alívio da dor na criança.

#### **2.4.1. Estratégias de alívio da dor na criança**

Para que se estabeleçam estratégias de alívio da dor é necessário fazer uma avaliação correcta da dor. São utilizadas na avaliação da dor na criança escalas adequadas ao seu escalão etário.

A experiência de dor, ao contrário do que se aceitava anos atrás, ocorre desde o período fetal, fazendo com que estratégias para o tratamento de dor em crianças sejam elaboradas e aplicadas desde o período neonatal.

Para Pimentel (1992), ” *uma avaliação correcta é a base de um tratamento correcto, ou seja, proporcionado e proporcional à dor*”

Aos profissionais de saúde que na sua prática diária lidam directamente com crianças cabe o papel de identificar quais os factores que afectam a percepção da dor na criança e implementar intervenções terapêuticas para a prevenção e alívio da dor na criança.

Segundo Barros (1999), o primeiro nível de intervenção para abordagem da dor pediátrica deve centrar-se na educação de todos os profissionais de saúde e pais, de forma a que se reconheça a importância de valorizar e controlar a dor da criança, tanto pelas suas consequências a curto prazo enquanto sofrimento em grande parte controlável ou evitável, como pelas graves consequências a médio e longo prazo na saúde física e psicológica.

Os profissionais de saúde que cuidam de crianças, utilizam estratégias para lhe diminuir a dor. As atitudes no âmbito da dor no que respeita ao cuidar podem ser diferentes, relativamente ao género do profissional, o género feminino possui maiores habilidades para a prática do cuidar, devido a um processo natural que resulta do papel da mulher na sociedade (Pastore, Rosa & Homem 2008).

Relativamente às estratégias de alívio da dor pode-se considerar dois grandes grupos, as estratégias farmacológicas e as estratégias não farmacológicas que serão desenvolvidas no capítulo seguinte.

#### **2.4.1.1. Estratégias farmacológicas**

Em 1986, a Organização Mundial de Saúde (OMS), propôs um esquema de abordagem farmacológica da dor pediátrica de forma progressiva e associada a terapêutica sedativa adjuvante (Batalha, 2002).

O tratamento farmacológico da dor pediátrica envolve princípios importantes a ter em conta: A administração dos medicamentos a horas fixas; a dose dos analgésicos deve ser determinada de acordo com as necessidades individuais; a criança deve ser continuamente avaliada. Nos últimos anos têm ocorrido importantes avanços na utilização de novos produtos analgésicos e na sua forma de administração que permitem obter uma anestesia local eficaz par a execução de muitos procedimentos até aqui geradores de dor (punções venosas, administração de medicação injectável entre outros procedimentos), são entre outros o emla® (eutectic mixture of local anesthetics) (Batalha, 2002).

#### **2.4.1.2. Estratégias não farmacológicas**

Entre vários autores consultados existem várias explicações dadas para a acção terapêutica não farmacológica no alívio da dor na criança. De uma forma geral

todos os autores são unânimes na importância e eficácia destas intervenções no alívio da dor. Trata-se de um conjunto de técnicas que aliviam a dor e são utilizadas paralelamente aos meios farmacológicos, reforçando os seus efeitos.

*A dor, como fenómeno complexo que é, envolve várias dimensões para além da biologia, a dimensão cultural, social e psicológica, que devem ser consideradas nas intervenções cuidativas. Assim, há que implementar um cuidado humanizado, individualizado, exclusivo, que considera a criança como ser único e original (Batalha, 2002).*

Pimentel (1992), refere que são várias as explicações dadas para a acção terapêutica não farmacológicas no alívio da dor. À luz dos conhecimentos actuais, todas são aceitáveis e todos os autores são unânimes na importância e eficácia destas intervenções no alívio da dor, pelo que deveriam ser implementadas de uma forma mais generalizada.

Relativamente às medidas não farmacológicas, foram consideradas:

#### 1 - O brincar

O brincar como estratégia não farmacológica irá ser desenvolvida mais pormenorizadamente, pois é neste âmbito que todo o estudo se insere.

No que respeita ao brincar, Pedro & Barbosa (1997), referem que brincar é um dos aspectos mais importantes na vida de uma criança e um dos instrumentos mais eficazes para lhe diminuir a ansiedade, mantê-la ocupada e distraída. O brinquedo preferido deve acompanhar sempre que possível a criança se encontre em situação de doença/em contexto de saúde.

Muitos autores vêm apontando para a importância da presença da actividade lúdica durante o período da permanência da criança numa instituição de saúde.

Nesse sentido, o brincar passa a ser visto como um espaço terapêutico capaz de promover não só a continuidade do desenvolvimento infantil, como também a possibilidade de, através dele, a criança vivenciar melhor o momento que passa nas instituições de saúde (Mitre & Gomes, 2004).

Relativamente aos procedimentos dolorosos, Van Voorhees (2006), refere que a preparação da brincadeira na criança antes de um procedimento doloroso, deve basear-se nestes princípios:

A técnica de brincadeira deve ser adequada a cada criança. Em crianças em idade escolar, deve-se fazer demonstração do procedimento à criança. As crianças mais velhas podem beneficiar de filmes que mostrem crianças da mesma idade a explicar, demonstrar, e a fazerem o mesmo exame. A maior parte das crianças têm um objecto ou brinquedo importante que pode ser uma

ferramenta para a interacção criança/profissional. A criança pode comunicar através do brinquedo ou objecto, e não expressar-se directamente. Brinquedos ou bonecos ajudam a explicar o procedimento. Se estiver familiarizado com o procedimento, demonstrar no objecto o que a criança vai experimentar. Mostrar o material; ligaduras, estetoscópio. Utilizar alguns materiais não invasivos para demonstração. Depois da demonstração permitir que a criança brinque com alguns deles. Procurar pistas de medos e preocupações. O desenho é outra forma das crianças se expressarem. Pedir para desenhar o procedimento depois de ter sido explicado e demonstrado. Identificar preocupações ou dúvidas na expressão artística da criança. Uma preparação adequada para um procedimento ou exame pode reduzir a ansiedade da criança, encorajar a cooperar, e ajudar a criança a desenvolver estratégias de coping. Compreender que a criança pode chorar e que a preparação não vai mudar o facto de a criança poder sentir desconforto ou dor. Usar a brincadeira para demonstrar o que vai acontecer durante o procedimento. Também é uma forma de perceber as preocupações da criança. Deixar a criança participar e tomar as decisões possíveis.

Deve-se proporcionar que a criança brinque com objectos reais que serão utilizados na própria criança (máscara, gorro, compressas, etc.), no sentido de se familiarizar com esses objectos diminuindo assim toda a ansiedade que eles lhe possam provocar (Huerta, 1996).

A maioria das crianças não são preparadas para a realização de exames, não recebem explicações, e como consequência sentem medo, pelo que é necessário preparar a criança para as situações de angústia e stress. É através do brinquedo que a criança comunica os seus medos, diminuindo a ansiedade (Ferro & Amorin, 2007).

## 2 - Distracção

Segundo Barros (1999), para a maior parte de situações dolorosas moderadas, e para a maior parte das crianças e adolescentes, o grupo de estratégias psicológicas de controlo mais eficaz é o que visa a distracção. Todas as estratégias de distracção baseiam-se na extraordinária capacidade da criança para aderir e se deixar conduzir por estímulos lúdicos. O que se pretende é, basicamente, propor ou sugerir à criança e jovem uma situação suficientemente atraente e envolvente para conseguir concentrar a sua atenção, de modo a que os estímulos nocivos fiquem em segundo plano e sejam esquecidos ou a sua percepção seja menos intensa e central.

A utilização de estratégias de distracção simples pode ser regulada por alguns princípios básicos, tais como:

- Proporcionar segurança e conforto à criança;
- Proporcionar actividades diferentes;
- Proporcionar actividades adequadas ao nível de desenvolvimento;

- Realizar actividades quando a criança necessita de imobilização ou repouso da criança;
- Envolver a criança na actividade antes de iniciar o procedimento doloroso.

Todas estas intervenções referidas devem ser as mais generalizadas possíveis, de modo a serem utilizadas por profissionais de saúde, educadores e pais de forma preventiva para evitar o sofrimento da criança doente ou em tratamento ou para a educação global de lidar com estímulos moderadamente dolorosos e ansiogénicas e para ajudar a confrontar dores ocasionais ou moderadas (Barros, 1999).

*A distracção consiste em desviar a atenção da sensação dolorosa. O tronco cerebral, ao ser inundado de estímulos sensitivos agradáveis, diminui a percepção aos estímulos dolorosos. Por outro lado, a concentração da criança em estímulos agradáveis facilita a libertação de neuromoduladores endógenos que bloqueiam a percepção da dor (Batalha, 2002).*

As técnicas de distracção para alívio da dor podem ser segundo Batalha, (2002):

- Levar a criança a falar de experiências vivenciadas recentemente (jogo de futebol, filmes), pedir para jogar um jogo, contar uma história, cantar;
- Ensinar técnicas de escuta atenta (bater ritmicamente com as mãos e os pés a acompanhar uma música, fechar os olhos, concentrar-se numa melodia);
- Exercícios respiratórios lentos e rítmicos (fazer bolas de sabão);
- Realizar outras actividades tais como ver televisão, modelagem, pintura, picotagem, falar com outras pessoas, ouvir música, etc.

O alívio da dor aumenta na proporção directa da participação activa da criança.

As técnicas de distracção são úteis na dor ligeira/moderada, na dor grave é ineficaz na medida em que o estímulo doloroso impede o desvio da concentração da criança para outras acções (Pimentel, 1992).

A distracção pode servir não apenas para diminuir a percepção da dor, mas também para melhorar a disposição da criança dando-lhe um sentimento de controlo sobre a situação (Batalha, 2002).

### 3 - Comunicação / Relação

Barros (1999), considera que os técnicos de saúde que na sua prática tenham contacto com crianças, devem ter formação em estratégias de comunicação empática e assertiva, que lhes permitam compreender os pais/criança, que estão a vivenciar uma situação de tensão, ansiedade, dúvida e medo.

A comunicação verbal e não verbal é necessária para preparar a criança para procedimentos realizados em contexto de uma instituição de saúde,



estabelecendo assim um relacionamento de confiança entre profissional/criança (Huerta, 1996).

A informação dada no pré-operatório reduz a dor no pós-operatório (Batalha, 2002).

Criar uma relação de empatia criança/profissional facilita os cuidados prestados à criança. É importante não esquecer que a linguagem utilizada pelo profissional de saúde deve ser sempre adequada ao estágio de desenvolvimento da criança.

Van Voorhees (2006), estabeleceu algumas orientações de comunicação/informação, para preparar a criança para um procedimento doloroso ou exame:

Deve-se explicar o procedimento em linguagem que a sua criança entenda e usar termos concretos, evitar terminologia abstracta;

-Explicar qual a parte do corpo envolvida, e que o procedimento vai ser limitado aquela área;

-Descrever como é que o exame vai ser sentido;

-Explicar o tempo que o exame poderá durar;

-Autorizar a criança a gritar, chorar ou expressar verbalmente a sua dor;

-Permitir à criança praticar movimentos e posições que vão ser necessárias para o procedimento;

-Explicar os benefícios do procedimento e falar sobre coisas que a criança considere agradáveis.

-Sugerir formas de ficar calmo, como contar, respirar fundo e relaxamento (pensar em coisas boas);

-Permitir que a criança participe em pequenas tarefas;

-Incluir a criança no processo de decisão, como o dia e o local de exame;

-Encorajar a participação durante o processo, como segurar um instrumento médico;

-Deixar a criança segurar a mão do profissional de saúde. O contacto físico pode ajudar a reduzir a dor e ansiedade;

-Depois do exame pode compensá-la, como por exemplo levá-la a comer um gelado.

#### 4 - Musicoterapia

A música pode promover a comunicação, relacionamento podendo ter objectivos terapêuticos. Estudos demonstram que música possui propriedades analgésicas e ansiolíticas e aplica-se em situações de internamentos em procedimentos dolorosos (Silva et al, 2007).

### 5 - Leitura

Através da leitura de histórias, existe uma libertação da emoção que por sua vez produz uma reacção de alívio da tensão com valor terapêutico. Dessa forma, a literatura torna-se sedativa e lúdica (Silva et al, 2007).

### 6 - Toque

O tocar na criança durante um momento de dor, pode ser confortável e inclui acariciar, segurar, embalar e abraçar. Abraçar é o remédio natural da dor (Reis e Carvalho, 2007).

### 7 - Relaxamento

Formas simples de relaxamento, podem ser adequadas em situações de dor aguda (Pimentel, 1992).

Existem, ainda outras técnicas que podem ser aplicadas directamente pelos profissionais de saúde, para lidar com situações de maior dor, devidos a tratamentos, lesões e doenças crónicas ou terminais.

Barros (1999), considera também como estratégias não farmacológicas em contexto de uma instituição de saúde:

- Criar um ambiente geral adequado ao nível de desenvolvimento da criança: Um espaço acolhedor, bem estruturado, e que convide ao envolvimento em actividades de jogo, permitir à criança e à família não concentrarem todas as suas energias e atenção na situação dolorosa.

- Intervenção com os pais/educadores: É necessário que estes tenham alguma compreensão do fenómeno de dor e da sua causalidade e determinação complexa e múltipla, e que possam discutir e corrigir as ideias mais inadequadas sobre dor e o seu controlo. Os pais necessitam de compreender a importância do seu papel como suporte emocional, mas também como estruturador do meio e criadores de experiências de distração e controlo activo de dor.

- Nos casos de procedimentos mais complexos e dolorosos ou assustadores, a crianças que já passaram por experiências negativas e que se apresentam particularmente sensibilizados à dor, ou que estão integradas em famílias particularmente incapazes de lidar adequadamente com o medo e dor da criança e ainda nas situações prolongadas, a intervenção do psicólogo é especialmente apropriada.

Segundo Menezes, Moré & Barros (2008), os psicólogos na área da pediatria, possuem competências profissionais que lhe permitem ter uma melhor compreensão dos problemas emocionais, comportamentais, de desenvolvimento e os concomitantes da própria doença da criança.

No capítulo seguinte foi feita uma síntese de estudos na área da dor e mais particularmente em crianças.

### 3. Experiências de intervenção no âmbito da dor

Muito embora a dor pediátrica tenha sido subvalorizada durante muito tempo, hoje impera uma crescente necessidade de conhecer melhor este fenómeno, a fim de contribuir para um melhor controlo da dor. Vários são os investigadores que se dedicaram a realizar estudos no âmbito da dor, no sentido de poder compreender melhor este fenómeno. Foi feita uma descrição de uma forma sucinta estudos recentes na área da dor na criança.

Fuller (2001), realizou um estudo sobre o *comportamento infantil como indicador da estabilização da dor aguda*, em crianças de uma semana a um mês de idade. A abordagem da dor em crianças pequenas é difícil porque têm dificuldade em dizer verbalmente o que dói e qual a intensidade da dor. Por esta razão tem havido interesse em desenvolver um instrumento válido e fiável de abordagem da dor na criança. O desenvolvimento desses instrumentos tem sido baseado em sinais de resposta física e comportamentais induzidas por procedimentos dolorosos. Este estudo discute as implicações de possíveis respostas comportamentais diferentes entre dor aguda imediata e dor aguda controlada na criança. Fuller gravou, as crianças 10 a 20 minutos. Fez a colheita de dados sobre a história da criança, diagnóstico, medicação, vigilância de saúde, e status nutricional. Sem a história de dor os instrumentos podem levar a erro. A dor tinha uma causa médica ou cirúrgica. Os resultados indicaram que muitos comportamentos das crianças (franzir a testa, olhos fechados, choro não orientado para uma pessoa, entre outros) eram indicadores de dor controlada. Estes estudos sugerem, que é mais útil usar-se como indicador de dor uma combinação de medidas clínicas que incluem a forma como a criança consegue ser controlada, com medidas de conforto não farmacológicas. Quando se discute o controle da dor infantil é importante diferenciar dor aguda de dor crónica. Os resultados sugerem que o uso dos instrumentos sem informação pode ser problemático.

Polkki et al (2001), estudaram os *métodos não farmacológicos no alívio da dor pós operatória na criança*, na Finlândia. Teve como objectivo descrever o uso pela enfermagem de técnicas não farmacológicas no alívio da dor pós operatória em crianças 8 – 12 anos no hospital. Para melhorar o controlo da dor na prática clínica, é importante obter informação versátil sobre as acções de enfermagem no alívio da dor na criança e identificar os factores relacionados com o uso de métodos de alívio da dor no hospital. Foi aplicado a 162 enfermeiras em cirurgia pediátrica nos 5 hospitais universitários sendo aplicado um questionário. Os resultados do estudo revelaram que os métodos não farmacológicos mais usados eram os métodos cognitivo-comportamentais: Informação preparatória, reforços positivos, distração, técnicas respiratórias e relaxamento. Este estudo dá a imagem detalhada do uso de métodos não farmacológicos por enfermeiras, em cirurgia pediátrica nos cinco hospitais

universitários. A amostra das enfermeiras é representativa da população e o nível de respostas foi elevado (99%).

Dal Moro (2006), realizou um estudo *os efeitos da intervenção lúdica em crianças pré cirúrgicas*. Foram avaliadas 20 crianças de 4 a 7 anos de idade num hospital geral, agendadas previamente para a realização de cirurgia electiva, divididas em grupo controle e grupo experimental, sendo que somente no segundo grupo (experimental) foram utilizados os recursos lúdicos. Os resultados mostraram que a intervenção lúdica modifica o comportamento da criança quando esta já está inserida no contexto hospitalar para a realização dos procedimentos cirúrgicos.

Simons, Roberson & Franck (2001), realizaram um estudo: *"Parent Involvement in Children's Pain Care: views of Parents and Nurses"* (*Envolvimento dos pais no manuseamento da dor em crianças: Perspectivas dos pais e dos enfermeiros*)

As crianças beneficiam da presença dos pais, o envolvimento dos pais nos cuidados das crianças é variável e existem poucos estudos que especificamente examina o envolvimento dos pais nos cuidados da dor. Um bom manuseamento da dor depende de uma avaliação precisa.

Este estudo teve como objectivos: explorar a percepção dos pais e enfermeiros do seu envolvimento no manuseio da dor das crianças; outro objectivo era investigar os possíveis efeitos do envolvimento parental no manuseio da dor. A amostra consistiu em 20 enfermeiros e 20 pais e foi realizado no hospital Pediátrico Urbano de Inglaterra. As crianças tinham sido sujeitas a cirurgias. O instrumento de colheita de dados foi a entrevista. Desta entrevista consistia 4 perguntas a fim de elucidar a percepção individual do envolvimento dos cuidados da dor no pós-operatório de cada criança. As mesmas perguntas eram feitas aos pais e aos enfermeiros. No que respeita à conclusão deste estudo conclui-se que os enfermeiros e pais tinham percepções comuns e diferentes. O envolvimento dos pais foi visto de forma passiva. Os enfermeiros não convidaram os pais para um envolvimento activo. Os pais aceitaram esta situação sem questionar, considerando a sua falta de envolvimento nos cuidados à dor da sua criança. O achado mais marcante deste estudo é o grau de dificuldade na comunicação entre pais e enfermeiros, levando a uma frustração de ambas as partes. Cerca de metade dos pais referiram que receberam informação inadequada, relativa à dor da criança. A maioria dos pais queria que fosse feito mais pela dor da sua criança ou pelo menos mais informação sobre o seu manuseamento. Embora muito tenha sido escrito sobre o papel dos enfermeiros nos cuidados dos pais e da criança, estes estudos sugerem que eles eram relutantes a tomar o seu papel na maior parte dos casos.

No que respeita ao conhecimento que os profissionais têm da dor em crianças em contexto de saúde, foi desenvolvido um estudo em que se intitula: *O conhecimento dos profissionais de saúde acerca do cuidado da dor em*

*crianças hospitalizadas* (Bezerra, 2007). Os objectivos do estudo foram verificar o conhecimento dos profissionais de saúde relacionado com o cuidado da dor em crianças hospitalizadas, identificar quais os métodos utilizados para a avaliação e quais são as intervenções desenvolvidas frente às reacções dolorosas da criança. É um estudo realizado em dois hospitais pediátricos no Brasil. Da população constavam 21 profissionais de saúde (enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos e fisioterapeutas). A colheita de dados foi feita através de um questionário. Os resultados revelam que a maioria dos profissionais do nível superior, atribuíram a dor a um transtorno físico, deixando de lado outros aspectos importantes para um completo entendimento de todo o fenómeno doloroso. No que respeita aos profissionais do nível médio, apenas a questão das reacções comportamentais foram consideradas como forma de definir dor, esquecendo-se que os mecanismos fisiopatológicos também fazem parte desse conceito. Nenhum dos profissionais conceituou a dor em todo o seu contexto multidimensional. Nesta população, embora a valorização da dor na criança seja considerada importante pelos profissionais de saúde, o seu cuidado tem aplicação nos métodos farmacológicos, a sua importante acção.

Ainda relativamente ao conhecimento dos profissionais de saúde sobre a dor na criança, Batalha (2002), realizou um estudo que pretendeu investigar *os saberes e práticas de cuidados dos enfermeiros, perante a dor na criança* em contexto de trabalho e verificar a sua relação com algumas variáveis sócio demográficas e autoavaliação que fazem dos seus conhecimentos. Foi aplicado um questionário a 250 enfermeiros que trabalham em serviços pediátricos de três hospitais do distrito de Coimbra, Viseu e Leiria. Os resultados encontrados indicaram que os enfermeiros têm saberes e as práticas de cuidados à criança com dor são positivas, mas não é de desprezar a percentagem de enfermeiros com necessidades de reflectirem sobre os seus actos quando cuidam de crianças com dor.

As maiores dificuldades estão relacionadas com as dimensões do estudo: Reconhecimento, avaliação e tolerância à dor, embora  $\frac{1}{4}$  da amostra reconhece a necessidade de mais formação sobre o desenvolvimento neurobiológico, mecanismos que geram dor e seus efeitos sistémicos na criança. A sua autoavaliação correlacionou-se de forma positiva e estatisticamente significativa com saberes e práticas de cuidados.

Até há pouco tempo desconhecia-se que o recém - nascido também sentia dor. Hoje após vários estudos com recém nascidos, conclui-se que estes também sentem dor. A avaliação da dor no recém-nascido tem sido uma fonte de preocupação por parte dos profissionais que com eles lidam directamente.

*Sousa et al (2006), estudaram a avaliação da dor como instrumento para o cuidar de recém-nascidos pré-termo.*

A avaliação da dor no recém-nascido de pré termo é um desafio para aos profissionais que trabalham em unidades de cuidados intensivos neonatais. Este estudo identificou a dor em recém-nascidos prematuros, utilizando a mímica facial. Os objectivos foram: analisar como mães e enfermeiras identificam a dor em recém-nascidos prematuros e verificar se identificam os sinais de dor pela expressão facial. É um estudo exploratório-descritivo que envolveu 24 mães de recém-nascidos de pré-termo internados na unidade de terapia intensiva neonatal e 12 enfermeiras da referida unidade. Para a colheita de dados utilizou-se a entrevista semi-estruturada e um quadro com seis fotos de recém-nascidos avaliadas pelo Sistema de Codificação da Actividade Facial Neonatal. Conclui-se que as mães identificaram melhor a dor pela expressão facial do que as enfermeiras. A avaliação da dor deve ser preocupação dos enfermeiros, pois para o cuidado, aspectos como identificação de sinais álgicos e sua caracterização são ferramentas para o cuidado ao recém-nascido prematuro.

Após uma reflexão sobre alguns dados encontrados nestas investigações, conclui-se que ainda há muito para conhecer sobre o fenómeno da dor. A escassez de dados neste domínio em Portugal, leva-nos a analisar a realidade das instituições de saúde, no sentido de a caracterizar e verificar até que ponto o desenvolvimento de acções de sensibilização e formação dirigidas aos profissionais de saúde influência a prática dos cuidados e a dor sentida pela criança. Estes estudos demonstram que a dor foi, é e será uma preocupação dos profissionais de saúde e investigadores, no sentido de cada vez conhecer melhor a *dor*.

## II. Objectivos

### 1. Objectivos do estudo

Brincar é uma actividade fundamental para as crianças. Brincar em contexto de uma instituição de saúde (Hospital /Centro de Saúde) tem um significado ainda mais importante, na medida em que a brincadeira é uma excelente forma de auxiliar a libertar o stress, como uma forma de expressar os medos e ansiedade gerada por experiências atípicas para a sua idade, que costumam ser ameaçadoras, evitando assim que efeitos nefastos a curto ou longo prazo. A dor é um sintoma prevalente de doença e um dos principais problemas de saúde que se tem valorizado nos últimos anos. O cuidar da criança com dor passa pela necessidade de uma compreensão holística da pessoa. Compete aos profissionais de saúde, que prestam cuidados na área da saúde infantil, numa primeira instância a responsabilidade de desenvolverem competências técnico-científicas que permitam cuidar da criança que sofrem com dor. É imperioso a reflexão sobre a brincadeira na criança numa instituição de saúde como estratégia para alívio da dor.

Foram encontrados na literatura estudos que caracterizam o brincar como um recurso terapêutico ou uma aplicação técnica, um recurso primordial porque a criança possa vivenciar estes momentos de dor de uma forma menos traumatizante.

Daí o tema do estudo, que no fundo constitui a problemática de investigação:  
*Qual a perspectiva dos profissionais de saúde relativamente à brincadeira como estratégia de alívio da dor na criança?*

Sendo assim, definiu-se como objectivo geral:

Analisar o nível de importância atribuída pelos profissionais de saúde, ao brincar como estratégia de alívio da dor na criança.

Da temática, surgiram algumas interrogações, que se designaram por questões de investigação, às quais se procura dar resposta ao longo deste estudo.

#### 1.1. Objectivos específicos

Este estudo tem como finalidade conhecer a perspectiva dos profissionais de saúde relativamente ao brincar como uma estratégia de alívio da dor, na criança que pertencem à área da saúde infantil ou que tenham contacto na sua prática com crianças em regime de ambulatório ou internamento, na Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano.

Os objectivos do estudo:

- Descrever a percepção dos profissionais de saúde sobre a importância do brincar nas instituições de saúde;

- Identificar se os profissionais de saúde reconhecem o brincar como estratégia no alívio da dor na criança;
- Identificar quais as técnicas utilizadas para alívio da dor na criança;
- Esclarecer se os profissionais de saúde, na área da saúde infantil, antes de realizarem um procedimento doloroso, utilizam uma relação lúdica com a criança.

Considerou-se as seguintes questões de investigação:

- Será que os profissionais de saúde reconhecem o brincar como uma estratégia de diminuição da intensidade da dor?
- Será que os profissionais de saúde utilizam estratégias de brincar nos cuidados que prestam?
- Será que os profissionais de saúde permitem o brincar com materiais e equipamentos hospitalares?
- Qual a perspectiva dos profissionais de saúde face à oportunidade de escolha de actividades lúdicas por parte da criança nos locais de saúde?
- Será que os profissionais de saúde identificam quais os jogos/brincadeiras utilizados no alívio da dor?
- Será que os profissionais de saúde na área da saúde infantil antes de realizarem um procedimento doloroso, desenvolvem uma actividade lúdica com a criança?

## **2. Hipóteses**

Definir ou enunciar hipóteses não é mais do que encontrar a resposta provável e provisória para atingirmos os nossos objectivos do estudo e concretizarmos, assim, o nosso processo de investigação.

Uma hipótese “é um enunciado formal das relações previstas entre duas ou mais variáveis. É uma predição baseada na teoria ou numa porção desta proposição”. A hipótese combina a problemática e o objectivo numa explicação ou predição objectiva dos resultados esperados do nosso estudo (Fortin, 1999).

Para este estudo foram definidas as seguintes hipóteses:

- O nível da importância atribuído pelos profissionais de saúde, ao brincar como estratégia de alívio da dor, está relacionado com o género (sexo) dos profissionais de saúde;
- O nível da importância atribuído pelos profissionais de saúde, ao brincar como estratégia de alívio da dor, está relacionado com a idade dos profissionais de saúde;
- O nível da importância atribuído pelos profissionais de saúde, ao brincar como estratégia de alívio da dor, está relacionado com a instituição onde laboram os profissionais de saúde (Hospitais versus Centros de Saúde);



- O nível da importância atribuído pelos profissionais de saúde, ao brincar como estratégia para alívio, da está relacionado com os serviços de saúde dos profissionais de saúde;
- O nível da importância atribuído pelos profissionais de saúde, ao brincar como estratégia para alívio da dor, está relacionado com o tempo de experiência profissional dos profissionais de saúde;
- O nível da importância atribuído pelos profissionais de saúde, ao brincar como estratégia para alívio da dor, está relacionado com a função desempenhada como profissional.

### III. Metodologia

A metodologia é um dos aspectos fundamentais no processo de investigação, sendo entendida como uma estratégia que permite estudar e avaliar as diferentes opções de estudo, identificando implicações e limitações na sua utilização.

Polit e Hungler (1995), definem que nesta etapa, “o investigador precisa tomar uma quantidade de decisões acerca dos métodos que utilizará para tratar da questão da pesquisa”.

#### 1. População e amostra

Fortin (1999), refere que “*Uma população é uma colecção de elementos ou de sujeitos que partilham características comuns, definidas por um conjunto de critérios*”.

A escolha do terreno de pesquisa foi a Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano devido à investigadora exercer funções nesta Unidade, havendo por isso um conhecimento mais profundo da realidade em estudo, o que facilitou toda a realização do mesmo.

O universo populacional do estudo são todos os profissionais de saúde de diferentes grupos profissionais (Médicos, Enfermeiros, Auxiliares de Acção Médica, Técnicos de Laboratório, Técnicos de Radiologia, Técnicos de Fisioterapia, Psicólogos e outros Técnicos de Saúde) da Unidade Local Saúde do Norte Alentejano, que exercem funções na área da saúde infantil ou que na sua prática diária tenham contacto directo com crianças em regime de ambulatório ou internamento.

Nesta Unidade estão inseridas as respectivas Instituições de Saúde: Hospital Doutor José Maria Grande de Portalegre, Hospital de Santa Luzia de Elvas, e quinze Centros de Saúde do Distrito de Portalegre (Portalegre, Elvas, Arronches, Monforte, Fronteira, Sousel, Avis, Crato, Nisa, Alter do Chão, Campo Maior, Castelo de Vide, Gavião, Marvão e Ponte de Sôr).

Do universo em estudo, constituído por 396 Profissionais de Saúde da Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, 146 profissionais de saúde pertencem ao Hospital Doutor José Maria grande (Portalegre), 47 profissionais de saúde ao Hospital de Santa Luzia (Elvas), 203 profissionais de saúde ao Centro de Saúde do Distrito de Portalegre.

Fortin (1999), considera que: “*Uma amostra é um subconjunto de elementos ou de sujeitos tirados da população que são convidados a participar no estudo.*”

A amostra, não aleatória e de conveniência, é constituída por 247 profissionais de saúde da Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, correspondente a

62,3% do universo em causa, sendo que no Hospital de Doutor José Maria Grande (Portalegre) e Hospital de Santa Luzia (Elvas) a participação foi de 120 profissionais de saúde, e no Centro de Saúde do distrito de Portalegre a participação foi de 127 profissionais de saúde, respectivamente 48,6% e 51,4% (**Tabela 1**).

Analisando os resultados apresentados na **Tabela 1**, pode-se verificar que a amostra é quase homogénea em relação ao tipo de Instituição de saúde.

**Tabela 1:** Distribuição da amostra por Tipo de Instituição

Instituição	Amostra	
	N	%
Hospital	120	48,6
Centro Saúde	127	51,4
Total	247	100,0

Ao definir-se os sujeitos, teve-se em conta determinados critérios de inclusão/exclusão para que, a escolha dos elementos da amostra fosse baseada na opinião de uma ou mais pessoas que são fortemente conhecedoras das características específicas da população em estudo que se pretende analisar, ao determinar-se estes critérios pretendeu-se seleccionar os profissionais de saúde da unidade local de saúde do norte alentejano que consideram poder constituir uma amostra que permita obter os dados que vão de encontro aos objectivos do estudo.

Os critérios de inclusão são os seguintes: Todos os Profissionais de saúde que laboram na Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, com pelo menos 12 meses de trabalho efectivo e que nos seus serviços tenham atendimento pediátrico, em ambulatório e/ou internamento.

Como critérios de exclusão para este estudo: Todos os profissionais de saúde com menos de 12 meses de trabalho efectivo e que nos seus serviços não tenham atendimento pediátrico.

## 2. Tipo de estudo

Para alcançar os objectivos deste trabalho decidiu-se efectuar um estudo descritivo, transversal, analítico e exploratório.

O estudo é descritivo porque “consiste em descrever simplesmente um fenómeno ou um conceito relativo a uma população, de maneira a estabelecer as características desta população, ou de uma amostra desta” (Fortin, 1999); transversal porque é desenvolvido num determinado momento onde os acontecimentos, factos e modo de procedimento são comparados e analisados; analítico porque pressupõe a realização de uma análise dos dados colhidos. É

também um estudo de carácter exploratório, pois permite a compreensão de um fenómeno dentro do seu contexto natural, analisando comportamentos e tentando reflectir nas razões do mesmo.

### 3. Descrição das variáveis

A selecção das variáveis dependente e independentes é uma fase essencial do processo de investigação. Segundo Polit e Hungler (1995), uma variável “*é algo que varia (...). É toda a qualidade de uma pessoa, grupo ou situação que varia ou assume um valor diferente*”.

Uma variável dependente, segundo Polit e Hungler (1995), “é o efeito presumível” e a variável independente “é o que se supõe ser a causa”. A variável dependente é a que sofre o efeito esperado da variável independente: é o comportamento, a resposta ou o resultado observado e que é devido à presença da variável independente”, “a variável independente é a que o investigador manipula para medir o seu efeito na variável dependente” (Fortin, 1999).

As variáveis dependentes e independentes estão interligadas e influenciam-se mutuamente e é a partir destas que se irão definir os dados que são necessários colher, tendo em conta o objectivo do estudo. Para as escolher e definir teve-se em linha de conta, o problema de investigação, os objectivos e o enquadramento teórico acerca da temática em estudo.

Sendo assim, definiu-se como variável dependente do estudo:

- O nível da importância atribuído pelos profissionais de saúde, ao brincar como estratégia de alívio da dor na criança, nas instituições de saúde.

A variável dependente irá ser operacionalizada através de 3 dimensões do estudo:

- 1ª- A criança e a importância do brincar nas diferentes instituições de saúde;
- 2ª- Os profissionais de saúde e as estratégias de alívio da dor na criança nas instituições de saúde;
- 3ª- Os profissionais de saúde e o brincar como estratégia de alívio da dor na criança nas instituições de saúde.

Para obter o valor atribuído à variável dependente (**O nível da importância atribuído pelos profissionais de saúde, ao brincar como estratégia de alívio da dor na criança, nas instituições de saúde**) será operacionalizado através da média das médias das 3 dimensões do estudo. Os resultados são obtidos através do cálculo da média do somatório das respostas de cada item. O score máximo de cada variável é igual ao score máximo de cada indicador (valor =4), multiplicando pelo número de asserções associadas, ao contrário, o score

mínimo de cada variável, corresponde ao score mínimo de cada indicador (valor=1), multiplicando pelo número de asserções associadas.

**Escala 1:** Escala de Likert Matriz



Assim, o nível da importância atribuído pelos profissionais de saúde, ao brincar como estratégia de alívio da dor na criança, nas instituições de saúde, será interpretado da seguinte forma:

- ❖ Baixo: entre o score mínimo e o quartil à esquerda.
- ❖ Médio: entre o quartil à esquerda e o quartil à direita
- ❖ Alto: entre o quartil à direita e o score máximo.

Definiu-se como variáveis independentes:

- ❖ Sexo (Género)
- ❖ Idade
- ❖ Instituição onde exerce funções (Tipologia de Instituição Saúde: Hospital/Centro de Saúde)
- ❖ Serviço onde exerce funções
- ❖ Grupo profissional
- ❖ Tempo de experiência profissional

**Operacionalização das variáveis independentes**

De forma a analisar o nível da importância atribuído pelos profissionais de saúde, ao brincar como estratégia de alívio da dor na criança, nas instituições de saúde, operacionalizou-se as várias variáveis e seus itens, com vista numa melhor objectivação do estudo.

**Quadro 1:** Dimensões e planos de itens do instrumento de colheita de dados

<b><i>DIMENSÕES</i></b>	<b><i>PLANO DE ITENS</i></b>
A- <i>“A criança e a importância do brincar nas diferentes instituições de saúde”</i>	A)1, A)2, A)3, A)4, A)5, A)6 A)7, A)8, A)9, A)10, A)11.
B- <i>“Os profissionais de saúde e as estratégias de alívio da dor na criança nas instituições de saúde”</i>	B)1, B)2, B)3, B)4, B)5, B)6, B)7, B)8, B)9.
C- <i>“Os profissionais de saúde e o brincar como estratégia de alívio da dor na criança nas instituições de saúde”</i>	C)1, C)2, C)3, C)4, C)5, C)6, C)7, C)8, C)9, C)10, C)11, C)12.

Conforme se pode verificar no **Quadro 1**, a dimensão A, correspondem onze itens; na dimensão B, estão contidos nove itens; por último a dimensão C, que compreende 12 itens.

#### **4. Técnica e instrumento de colheita de dados**

Com base na fundamentação teórica e nos objectivos do estudo, foi construído um instrumento de colheita de dados sob a forma de um questionário. Durante a elaboração do questionário teve-se em conta aspectos como a preocupação com o conteúdo, a sua pertinência, clareza, a forma como são formuladas as questões, o lugar que ocupam e sobretudo se a informação nele contida permita atingir os objectivos do estudo.

Numa primeira fase foram traçadas três dimensões do estudo. Posteriormente foi feita um “Brainstorm” com onze profissionais de saúde seleccionados aleatoriamente dos diferentes grupos profissionais (Médicos, Enfermeiros, Técnicos de Laboratório, Auxiliares de Acção médica) que exercem funções na área da saúde infantil e que pertencem à Unidade Local de Saúde Norte Alentejano; com o objectivo de recolher “Ideias” para a construção do questionário de acordo com os objectivos traçados inicialmente (Anexo 1) Baseado no “Brainstorm” foram elaboradas asserções para cada dimensão.

Após a elaboração do questionário, foi feita uma revisão por três peritos na área da dor /criança. (Dois peritos fazem parte da Associação Portuguesa para o Estudo da Dor (APED), e o outro do Instituto Português de Oncologia do Porto) (Anexo 2).

Posteriormente à análise dos peritos, foram reestruturadas algumas das asserções sugeridas por estes peritos.

O instrumento utilizado para a colheita de dados é constituído por um questionário. Este questionário é constituído por três partes (Anexo 3).

A parte 2 é uma escala de Likert, com 32 asserções. A escala de Likert tem quatro opções de posicionamento dos sujeitos em relação à temática em estudo: “discordo totalmente”, “discordo”, “concordo” e “concordo totalmente”. A

parte 3 é constituída por três questões abertas. A primeira está relacionada com a importância do brincar na Instituição/Serviço, a segunda como o brincar pode aliviar a dor na criança e a última questão as estratégias utilizadas para alívio da dor na criança no serviço onde os sujeitos exercem funções.

Para a realização deste questionário foram elaboradas três dimensões já referidas, e para cada dimensão foram formuladas asserções e agrupadas respectivamente.

A primeira dimensão denominada **A**- "*A criança e a importância do brincar nas diferentes instituições de saúde*", desta dimensão correspondem 11 asserções. Assim para dimensão A, está relacionada com a importância da brincadeira da criança para o seu desenvolvimento global em contexto de instituições de saúde. Consideram-se os seguintes itens no que respeita a esta dimensão:

A) 1- Nos espaços dirigidos à Saúde Infantil, existem brinquedos disponíveis para as crianças utilizarem adequados ao seu escalão etário.

A) 2 - A criança enquanto brinca estabelece uma forma de comunicação com os profissionais de saúde.

A) 3 - A brincadeira entre profissional de saúde e criança facilita a aceitação dos profissionais pela criança.

A) 4 - O conhecimento sobre a importância do brincar da criança, por parte dos profissionais de saúde pode contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados à criança.

A) 5 - Não permitir que a criança brinque pode ser traumatizante.

A) 6 - A brincadeira da criança nas Instituições de Saúde não contribui para o seu desenvolvimento psico - motor.

A) 7 - Os profissionais de saúde apresentam competências pedagógicas relativamente aos aspectos lúdicos de acordo com o escalão etário das crianças.

A) 8 - A brincadeira não é uma forma de cuidar.

A) 9 - O brincar da criança possui uma dimensão ontológica na constituição do sujeito.

A) 10 - É estabelecido um plano lúdico para as crianças enquanto se encontram em Instituições de Saúde.

A) 11- As equipas multidisciplinares têm profissionais de Educação Infantil.

Quanto à dimensão **B**- "*Os profissionais de saúde e as estratégias de alívio da dor na criança nas instituições de saúde*". Nesta dimensão estão relacionadas as estratégias farmacológicas e as não farmacológicas utilizadas pelos profissionais de saúde para alívio da dor na criança nas instituições de saúde. Consideram-se os seguintes itens relativamente a esta dimensão:

B) 1 - As técnicas utilizadas para alívio da dor na criança são exclusivamente farmacológicas

B) 2 - Após um procedimento doloroso conversar com a criança é suficiente para que a dor diminua.

- B) 3 - A presença de um brinquedo de preferência da criança durante um procedimento doloroso alivia a dor provocada.
- B) 4 - Permitir que a criança brinque com algum equipamento técnico (estetoscópios, seringa sem agulhas, etc) pode ser traumatizante para a criança.
- B) 5 - Criar um ambiente lúdico com a criança antes de um procedimento doloroso/exame complementar de diagnóstico diminui a ansiedade da criança.
- B) 6 - O diálogo entre a criança/profissional de saúde não é suficiente para acalmar a criança num processo de dor.
- B) 7 - Simular num boneco o procedimento que se vai fazer à criança, reduz a ansiedade e alivia a dor provocada por esse procedimento.
- B) 8 - Brincar com um brinquedo musical pode amenizar o comportamento de agitação psicomotora da criança perante a dor.
- B) 9 - A permissão que a criança brinque nas Instituições de Saúde não é um agente facilitador na analgesia da criança.

Por último a dimensão C- *“Os profissionais de saúde e o brincar como estratégia de alívio da dor na criança nas instituições de saúde”*. A temática utilizada foi perceber se a estratégia do brincar para alívio de momentos de dor na criança é utilizada pelos profissionais de saúde nas respectivas instituições.

Consideram-se os seguintes itens relativamente esta dimensão:

- C) 1 - A brincadeira na criança é utilizada normalmente como uma estratégia de distração num momento de dor na criança.
- C) 2 - A brincadeira não reduz o efeito negativo das experiências dolorosas na criança.
- C) 3 - A ansiedade aumenta perante um procedimento doloroso ao ter contacto e conhecer alguns materiais e equipamentos hospitalares.
- C) 4 - Brincar com a criança antes de um procedimento doloroso alivia a dor provocada por esse mesmo procedimento.
- C) 5 - Durante um procedimento doloroso na criança a brincadeira pode promover o auto controlo perante a dor.
- C) 6 - Após um procedimento doloroso e enquanto brinca a criança vai-se acalmando progressivamente.
- C) 7 - O brincar é um instrumento terapêutico da dor.
- C) 8 - Os profissionais de saúde promovem o brincar como uma das alternativas face aos cuidados prestados à criança durante uma experiência de dor.
- C) 9 - Na criança, num momento de dor a brincadeira entre criança/profissional proporciona o seu alívio.
- C) 10 - O brincar como recurso terapêutico estimula a verbalização de sentimentos, diminuindo a ansiedade e dor.
- C) 11 - Implementar o brincar nos procedimentos associados à dor, minimiza a percepção negativa que a criança habitualmente tem das Instituições de saúde.
- C) 12 - É positivo no alívio da dor a entrada de grupos de animação nos locais de Saúde Infantil.



#### 4.1. Procedimento de colheita de dados

Os questionários foram entregues pessoalmente no período entre 2 a 6 Março de 2009 e recolhidos no período 30 de Março a 3 de Abril de 2009, após terem sido autorizados pelo Conselho de Administração da Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano para a sua aplicação. O período de entrega e recolha foi mais prolongado devido a existirem distâncias físicas significativas entre cada instituição no Distrito de Portalegre.

Junto de cada chefe de serviço de cada instituição/serviço foi feita uma explicação do estudo e entregue a folha de autorização do estudo pela Administração da unidade local de saúde do norte alentejano.

#### 4.2. Fidelidade Inter-Observadores

Deste modo, com o objectivo de se validar o instrumento de colheita de dados elaborado, procedeu-se à aplicação de 20 profissionais de saúde da unidade Local de Saúde do Norte Alentejano de diferentes grupos profissionais, e que apresentam características semelhantes, no âmbito da inclusão de critérios de estudo, à amostra, após uma semana foi aplicado aos mesmos 20 profissionais de saúde da unidade local de saúde do norte alentejano.

Esta análise implicou a avaliação da fidelidade inter-sujeitos, tendo todos os 20 sujeitos seleccionados, para o efeito, respondido ao mesmo questionário em dois momentos diferentes (separados por uma semana de intervalo) e tendo-se avaliado a fidelidade com base no Índice de Bellack. Este Índice permite a avaliação do nível de concordância das apreciações realizadas pelos sujeitos respondentes recorrendo, para esse fim, ao seu cálculo através da seguinte fórmula:

$$\text{ÍNDICE DE CONCORDÂNCIA} = [\text{ACORDOS} / (\text{ACORDOS} + \text{DESACORDOS})] \times 100$$

O processo de determinação dos acordos e desacordos foi realizado item a item num conjunto das 3 dimensões em estudo, correspondentes a 32 asserções.

A fidelidade definitiva só foi concretizada quando se verificaram níveis de acordo considerados satisfatórios, tendo sido obtidos índices de fidelidade superiores a 85%, como se pode verificar na **Tabela 2**.

**Tabela 2:** Índice de Bellack - FIDELIDADE INTER-SUJEITOS

Sujeito	Dimensão A	Dimensão B	Dimensão C	Média
1	82%	44%	50%	59%
2	81,80%	100%	75%	86%
3	100%	88%	100%	96%
4	45%	77,70%	84,30%	69%
5	72,72%	77,77%	100%	83%
6	90,90%	55,50%	75%	74%
7	72,72%	100%	66%	80%
8	100%	100%	100%	100%
9	100%	66,60%	100%	89%
10	82%	100%	91,60%	91%
11	72,72%	100%	84,30%	86%
12	82%	66,60%	75%	74%
13	100%	100%	100%	100%
14	90,90%	88%	91,60%	90%
15	100%	88%	91,60%	93%
16	72,72%	66,60%	84,30%	75%
17	90,90%	100%	75%	89%
18	100%	100%	100%	100%
19	90,90%	77,77%	75%	81%
20	100%	100%	100%	100%
<b>Valor da Concordância</b>	86%	85%	86%	86%

Os resultados apresentados permitem verificar que os valores médios do Índice de Bellack (86%), nas dimensões em estudo evidenciaram grande homogeneidade, pelo que são considerados satisfatórios para se prosseguir o estudo.

#### 4.3. Procedimentos éticos

Tendo em conta os princípios ético-deontológicos do processo de investigação, foi solicitada autorização ao Conselho de Administração e respectiva Comissão de Ética para a realização do estudo (Anexo 4). Foram informados todos os chefes dos respectivos serviços dos conteúdos do estudo. De realçar que serão respeitados o direito dos sujeitos do estudo, relativamente ao anonimato e confidencialidade dos dados, foi explicado aos sujeitos que o conteúdo do questionário será somente utilizado para fins académicos.

#### 5. Análise e processamento de dados

Os dados foram tratados informaticamente recorrendo ao programa de tratamento estatístico SPSS® (Statistical Package for the Social Science), V16.0 (Anexo 5).

Para sistematizar e realçar a informação fornecida pelos dados utilizou-se técnicas da estatística descritiva e da estatística inferencial. As técnicas

estatística aplicadas foram frequências absolutas (n) e relativas (%), medidas de tendência central tais como média aritmética ( $\bar{X}$ ), medidas de dispersão ou variabilidade, como sejam o valor mínimo (xmin), o valor máximo (xmax) e desvios padrão (s), coeficientes, tais como, o *Índice de Bellack* ( $\alpha$ ) e de Correlação de Pearson e testes de hipóteses, nomeadamente, teste U de Mann-Whitney, teste Kruskal-Wallis, teste da significância do coeficiente de Correlação de Spearman e teste de Kolkomorov-Smirnov (K-S), como teste da normalidade.

O tratamento e análise dos dados, das respostas às questões abertas, parte 3 do questionário, foi através da técnica de análise de conteúdo. Análise de conteúdo, inicialmente implica uma fase de categorização da análise em categorias e subcategorias, e posteriormente procedeu-se à análise dos conteúdos das respostas às questões abertas. Na análise dois tipos de unidades são tomadas em consideração, a unidade de registo e a unidade de enumeração.

De acordo com Vala (1994), a análise das questões abertas foi, auxiliada pelo Somatório das Unidades de Registo ( $\Sigma$ ) mais significativas, através do desenvolvimento do seu conteúdo e da síntese de todos os desenvolvimentos. Embora existissem algumas questões de partida neste estudo, foi-se construindo a sua categorização, tendo em conta os conteúdos das respostas, em que as variáveis foram sendo definidas de acordo com a análise feita à percepção dos autores anteriormente definidos, no contexto do enquadramento teórico.

Assim, optou-se por estruturar as unidades de contexto e de registo, com a finalidade de analisar e interpretar as respostas, o que pressupôs o recorte do texto nas menores parcelas possíveis com sentido atribuível, que se colocaram nas respectivas categorias e que, em alguns casos, correspondeu à totalidade da frase.

Para Ghiglione & Matalon (1993), a unidade de registo pode ser definida como *“o segmento de conteúdo mínimo que é tomado em atenção pela análise”*.

Por outro lado, de acordo com Bardin (1997), considerou-se a totalidade de cada resposta como unidade de contexto, uma vez que segundo este, a unidade de contexto serve de unidade de compreensão para codificar a unidade de registo e corresponde ao segmento da mensagem, cujas dimensões (superiores às da unidade de registo) são óptimas para que se possa compreender a significação exacta da unidade de registo. Após a exploração do material para análise, em que se realizou a estruturação das unidades de contexto, estas foram distribuídas por categorias e subcategoria.

### **5.1. Limitações do estudo**

Neste estudo surgiram algumas limitações na medida em que se trata de um estudo em que existem questões abertas, sendo necessário conhecer a opinião dos sujeitos, pelo que esta metodologia acarreta alguma subjectividade secundária quer às opiniões dos sujeitos, quer a variáveis que pode influenciar respostas.

## IV. Apresentação e discussão dos dados

Os dados e resultados que se apresentam a seguir foram obtidos através da aplicação do questionário. Para sistematizar a informação, optou-se por proceder primeiro à análise descritiva referentes aos dados das variáveis de caracterização estudadas, após a qual, analisou-se os resultados das técnicas inferenciais que foram aplicadas para testar as hipóteses que se formularam no estudo. Por último analisou-se as questões abertas (parte 3) do questionário. Toda a estatística descritiva e inferencial, apresentada ao longo do estudo pode ser verificada no anexo que contem os “outputs” à base de dados (Anexo 6).

### 1. Análise e Apresentação Descritiva

A análise das variáveis consideradas no estudo, têm como finalidade alcançar os objectivos, ou seja a caracterização da população do estudo. Foram consideradas algumas variáveis para caracterizar a amostra: Género, idade, função desempenhada (grupo profissional), serviço onde exerce funções e tempo de experiência profissional.

Em relação ao género da amostra, pode-se verificar na **Tabela 3**, que o Género Feminino, com 188 elementos, correspondentes a 77,1%, do total é o género mais representativo, seguido pelo Género Masculino com 59 elementos, referentes a 23,9% da amostra.

**Tabela 3:** Distribuição da amostra por Género

Género	N	%
Masculino	59	23,9%
Feminino	188	77,1%
Total	247	100%

No que diz respeito à idade, a Média da nossa amostragem, é de 40,45 anos, o desvio padrão de 10,06 anos, variando no intervalo entre 61 e 22 anos de idade, conforme se pode verificar na **Tabela 4**.

**Tabela 4:** Distribuição da amostra por Idade

N	Valores médios Idade			
	$\bar{X}$	SD	Máximo	Mínimo
247	40,45	10,06	61	22

A seguinte **Tabela 5**, é referente à “Função Profissional Desempenhada”, onde se verifica que a maioria da amostra, é representada pelo grupo profissional “Enfermeiro”, correspondentes a 63,2%, seguido pelo grupo profissional “Médico”, com 11,7%

**Tabela 5:** Distribuição da amostra por Função Desempenhada

Grupo Profissional		N	%
	Médico	29	11,7
	Enfermeiro	156	63,2
	Auxiliar acção médica	28	11,3
	Técnico de laboratório	10	4,0
	Técnico de radiologia	5	2,0
	Técnico de fisioterapia	11	4,5
	Psicólogo	3	1,2
	Outros técnicos	5	2,0
	N	247	100,0

De acordo com a **Tabela 6**, verifica-se que a distribuição da amostra pelos Serviços onde exerce funções é representada em maior percentagem pelo “Serviço” Bloco Operatório, com 12,1%, seguido pelo “Serviço” Pediatria, com 10,9%.


**Tabela 6:** Distribuição da amostra pelos serviços onde exerce funções

Serviço Onde Exerce Funções	INSTITUIÇÃO DE SAÚDE				
		Hospital	Centro de Saúde	N	%
	Bloco Operatório	30	0	30	12,1
	Urgência	24	0	24	9,7
	Consulta Externa	6	0	6	2,4
	CS Alter	0	10	10	4,1
	CS Arronches	0	4	4	1,6
	CS Avis	0	4	4	1,6
	CS Campo Maior	0	7	7	2,8
	CS Crato	0	5	5	2,0
	CS Castelo Vide	0	7	7	2,8
	CS Elvas	0	11	11	4,5
	CS Fronteira	0	5	5	2,0
	CS Gavião	0	9	9	3,6
	CS Marvão	0	8	8	3,2

CS Monforte	0	8	8	3,2
CS Nisa	0	6	6	2,4
CS Ponte Sôr	0	20	20	8,1
CS Sousel	0	3	3	1,2
CS Portalegre	0	20	20	8,1
Fisioterapia	11	0	11	4,5
Laboratório	10	0	10	4,1
Pediatria	27	0	27	10,9
Radiologia	12	0	12	4,8
N	120	127	247	100%

No que diz respeito à idade, a Média da amostragem, é de 15,56 anos, o desvio padrão de 9,69 anos de experiência profissional, variando no intervalo entre 1 e 35 anos de idade, conforme se pode verificar na **Tabela 7**.

**Tabela 7:** Distribuição da amostra por Tempo de Experiência Profissional

Valores médios Tempo de Experiência Profissional				
N		SD	Máximo	Mínimo
247	15,56	9,69	35	1

## 2. Análise e Apresentação Inferencial

Neste Capítulo, apresenta-se o tratamento estatístico inferencial dos dados, verificando testes de hipóteses e associações entre as variáveis deste estudo.

### 2.1. Análise do nível da importância atribuído pelos profissionais de saúde, ao brincar como estratégia de alívio da dor, nas instituições de saúde em relação ao “Género”

Os resultados obtidos para testar a hipótese nula «O nível da importância atribuído ao brincar como estratégia de alívio da dor na criança, é idêntico conforme o género dos profissionais de saúde», são apresentados na **Tabela 8**.

Utilizou-se o teste U de Mann-Whitney, porque permite detectar diferenças significativas entre os valores centrais de duas situações, quando se consideram sujeitos diferentes, neste caso o género feminino e o masculino.

**Tabela 8:** Síntese dos resultados do teste U de Mann-Whitney

	Género	$\bar{X}$	SD	U	Z	P
O nível da importância atribuído pelos profissionais de saúde, ao brincar como estratégia de alívio da dor, nas instituições de saúde	Feminino	3,12	0,218	4190	-2,832	,005
	Masculino	3,03	0,249			

Perante os resultados apresentados na **Tabela 8**, observa-se que existe diferença entre os dois géneros em estudo ( $Z = -2,832$ ,  $U = 4190$  e  $p = 0,005$ ), inferior ao  $p$  definido ( $p < 0,05$ ), o que permite rejeitar a hipótese nula, para um nível de confiança de 95%. Ainda, e observando a mesma tabela, a nível descritivo, a ordenação média do género feminino ( $\bar{X} = 3,12$ ) é superior à do género masculino ( $\bar{X} = 3,03$ ), o que indicia um maior nível de importância atribuída ao género feminino.

Os resultados mostram que sujeitos do sexo feminino apresentam maior nível de importância à variável dependente, podendo-se atribuir ao facto do sexo feminino apresentar mais sensibilidade perante a criança devido à sua própria maternidade. A mulher está associada às emoções, ao afecto e ao aspecto relacional e possui o seu lado maternal, evidenciando mais sensibilidade para o cuidar.

Segundo Pastore et al (2008), na “*área da saúde o género feminino está mais direccionado para à prática do “cuidar” como um processo natural, resultante essencialmente da construção cultural do papel da mulher na sociedade, identificado como portadora de maiores habilidades para os cuidados, neste caso com a saúde/doença, assim como com as crianças e com os idosos*”.

## **2.2. Análise do nível da importância atribuído pelos profissionais de saúde, ao brincar como estratégia de alívio da dor na criança, nas instituições de saúde em relação à “Idade”**

No que concerne aos resultados obtidos para testar a hipótese nula «O nível da importância atribuída ao brincar como estratégia de alívio da dor na criança, é idêntico conforme a idade dos profissionais de saúde», estes são apresentados na **Tabela 9**.



**Tabela 9:** Síntese da Correlação de Pearson

		O nível da importância atribuído pelos profissionais de saúde, ao brincar como estratégia de alívio da dor, nas instituições de saúde
Correlação Pearson		-,085
Idade	Sig	,182
	N	247

Previamente verificou-se o ajustamento à normalidade da variável em estudo (idade), utilizando o Teste de Kolmogorov-Smirnov ( $D=1,039$  e  $p=0,230$ ;  $p>0,05$ ), pelo se verifica normalidade na distribuição, optou-se assim pela utilização de testes paramétricos. Desta forma, procedeu-se ao estudo da correlação entre as variáveis através do coeficiente de Correlação de Pearson, uma vez que se está a analisar variáveis de nível ordinal ou superior, e o respectivo teste de significância.

Os resultados analisados permitem verificar que a correlação pode ser considerada estatisticamente significativa ( $r= -0,085$  e  $p= 0,182$ ;  $p> 0,05$ ), conforme **Tabela 9**.

Estes resultados, leva a concluir que os dados corroboram a hipótese formulada, ou seja, não existem evidências estatísticas de que o nível da importância atribuído pelos profissionais de saúde, ao brincar como estratégia de alívio da dor na criança, esteja relacionado com a idade dos profissionais de saúde.

### **2.3. Análise do nível da importância atribuído pelos profissionais de saúde, ao brincar como estratégia de alívio da dor na criança, nas instituições de saúde em relação aos “Serviços onde exercem funções”**

Com o intuito de verificar a hipótese «O nível da importância atribuído ao brincar como estratégia de alívio da dor na criança, está relacionado com os serviços onde exercem funções profissionais», foi aplicado o teste Kruskal-Wallis, porque este teste permite detectar diferenças significativas entre os valores centrais de três ou mais situações, como é o caso. Os resultados são apresentados na **Tabela 10**.

**Tabela 10:** Resultados do Teste Kruskal-Wallis em função dos serviços

	Serviços onde exercem funções
X <sup>2</sup>	27,736
Gl	21
P	,148

Atendendo aos valores apresentados na **Tabela 10** ( $H=27,736$ ;  $p=0,148$ ;  $p>0,05$ ) pode-se afirmar que nenhuma das diferenças observadas pode ser considerada estatisticamente significativa, concluindo-se que não se confirma esta hipótese ou, por outras palavras, o nível da importância não é diferente conforme o seu local de trabalho.

#### **2.4. Análise do nível da importância atribuído pelos profissionais de saúde, ao brincar como estratégia de alívio da dor na criança, nas instituições de saúde em relação às “Instituições”**

Relativamente à hipótese «O nível da importância atribuído ao brincar como estratégia de alívio da dor na criança, em relação às “Instituições”», isto é, analisar se o nível, está relacionado com a instituição onde laboram os profissionais de saúde (Hospitais versus Centros de Saúde). Neste particular, utilizou-se o teste U de Mann-Whitney, conforme (**Tabela 11**)

**Tabela 11:** Síntese dos resultados do teste U de Mann-Whitney

	Instituição	$\bar{X}$	SD	U	Z	P
O nível da importância atribuído pelos profissionais de saúde, ao brincar como estratégia de alívio da dor, nas instituições de saúde	Hospital	3,10	0,23	7399,5	-, 393	, 694
	Centro de Saúde	3,09	0,22			

Analisando os resultados apresentados na **Tabela 11**, pode-se verificar que nenhuma das diferenças observadas é estatisticamente significativa ( $U=7399,5$ ;  $Z=-, 393$ ;  $p=, 694$ ;  $p>0.05$ ).

Conclui-se assim que os dados corroboram a hipótese formulada, ou seja, que não há diferenças significativas entre o nível da importância atribuída consoante as instituições.

## 2.5. Análise do nível da importância atribuído pelos profissionais de saúde, ao brincar como estratégia de alívio da dor na criança, nas instituições de saúde em relação ao “Grupo Profissional”

Para testar a hipótese «O nível da importância atribuído ao brincar como estratégia de alívio da dor na criança, está relacionado com o grupo profissional» dos sujeitos em estudo aplicou-se de novo o teste Kruskal-Wallis, como se verifica na **Tabela 12**.

**Tabela 12:** Resultados do Teste Kruskal-Wallis em função do grupo profissional

	Grupo Profissional
X <sup>2</sup>	14,474
Gl	7
P	,043

Os resultados referentes à **Tabela 12**, revelam diferenças estatisticamente significativas ( $H = 14,474$ ;  $p = ,043$ ;  $p < 0,05$ ) pelo que se conclui que os dados não corroboram a hipótese formulada e, consequentemente, que o grupo profissional influencia o nível da importância atribuído ao brincar como estratégia de alívio da dor na criança.

Consultando ainda a **Tabela 13**, pode-se ainda verificar, a nível descritivo, que a ordenação média do grupo profissional “Psicólogo”, indicia maior nível da importância atribuído à variável, sendo o grupo “Técnico de radiologia”, o que apresenta níveis menores.

Estes resultados parecem confirmar o que Menezes et al (2008), referem que os psicólogos, no campo científico de actuação específica na área da pediatria, na sua prática exige uma formação profissional que sustente o processo de construção de estratégias de intervenção considerando as diversas exigências nos seus contextos, empenham-se em várias funções para promover uma melhor compreensão das perturbações de desenvolvimento, dos problemas emocionais, comportamentais e os concomitantes da doença e dos danos físicos e psicológicos.

Relativamente ao grupo profissional “Técnicos de Radiologia” apresenta valores mais baixos, estes resultados estão relacionados com o facto de que no serviço de radiologia, (relativamente à realidade do estudo), não são efectuadas manobras invasivas que possam provocar dor à criança e o tempo que a criança

permanece no serviço é normalmente curto, o que não permite aos profissionais utilizarem o brincar com estratégia; também o espaço físico do serviço de radiologia (do estudo) está mais direccionado para o acolhimento do adulto e não para a criança. Também os Técnicos de Radiologia estão mais centrados na parte técnica do que na parte relacional (Criança/profissional).

**Tabela 13:** Valores das Médias de Rankings referentes ao Grupo Profissional

	Grupo profissional	Média Rank
O nível da importância atribuído pelos profissionais de saúde, ao brincar como estratégia de alívio da dor, nas instituições de saúde	Médico	115,86
	Enfermeiro	123,03
	Auxiliar acção médica	114,02
	Técnico de laboratório	126,25
	Técnico de radiologia	94,70
	Técnico de fisioterapia	178,14
	Psicólogo	224,33
	Outros técnicos	102,80

## 2.6. Análise do nível da importância atribuído pelos profissionais de saúde, ao brincar como estratégia de alívio da dor na criança, nas instituições de saúde em relação ao “Tempo de Experiência Profissional”

Relativamente à hipótese «O nível da importância atribuído ao brincar como estratégia de alívio da dor na criança não difere, consoante o tempo de experiência dos profissionais de saúde», são apresentados na **Tabela 14**.

**Tabela 14:** Resultados do Teste Kruskal-Wallis em função do Tempo de Experiência Profissional

	Experiência Profissional
$\chi^2$	43,493
Gl	32
P	,085

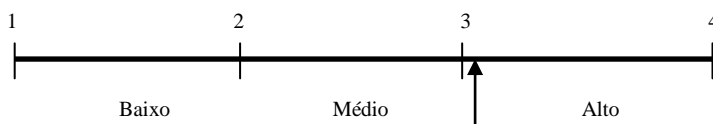
Antecipadamente, também verificou-se o ajustamento à normalidade da variável em estudo (tempo de experiência profissional), utilizando o Teste de Kolmogorov-Smirnov, ( $p=0,00$   $p < 0,05$ ), pelo que não se verifica normalidade na distribuição, optamos assim pela utilização de testes não paramétricos, e como não estão reunidas as condições de utilização de um teste paramétrico, aplicámos o teste Kruskal-Wallis.

Os resultados do teste apresentados na **Tabela 14**, não revelam diferenças estatisticamente significativas ( $H= 43,493$ ;  $p=, 085$ ;  $p> 0.05$ ) pelo que concluímos que os dados corroboram a hipótese formulada e, consequentemente, que o nível da importância atribuído ao brincar, como estratégia de alívio da dor na criança, é idêntico para todos os grupos da variável em estudo.

## 2.7. Síntese da Médias da Escala de Likert das 3 dimensões em estudo

Finalmente para verificar, descritivamente, o nível da importância atribuído pelos profissionais de saúde, ao brincar como estratégia de alívio da dor na criança, nas instituições de saúde, constata-se na **Escala 2**, que o valor médio, do nível de importância, é de 3,1, correspondente a um nível de importância Alto.

**Escala 2:** Reunião da Médias na Escala de Likert das 3 dimensões em estudo



## 2.8. Resultado das médias das 3 dimensões em estudo, na Escala de Likert

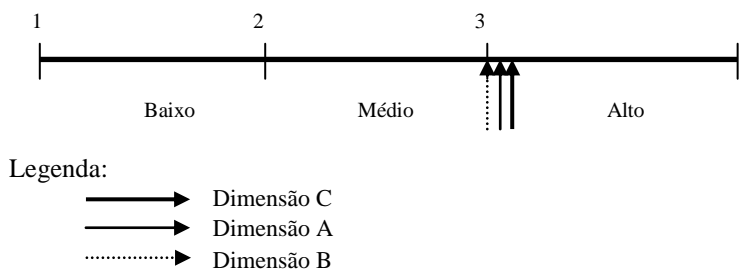
Procurou-se perceber se existem diferenças significativas nos valores médios totais em cada uma das dimensões do estudo.

Relativamente ao posicionamento das três dimensões em estudo verifica-se que na **Tabela 15**, a dimensão **D<sub>C</sub>** (Os profissionais de saúde e o brincar como estratégia para alívio da dor na criança, nas instituições de saúde), é a que apresenta a média mais elevada (3,121); de seguida a dimensão **D<sub>A</sub>** (A Criança e a importância do brincar nas Instituições de Saúde) com uma média de (3,120); por último a dimensão **D<sub>B</sub>** (Os profissionais de saúde e as estratégias de alívio da dor na criança, nas Instituições de Saúde) com a média mais baixa de (3,061).

Conclui-se que estes valores são quase idênticos e que reforçam o nível da importância que os profissionais de saúde atribuem ao brincar como estratégia de alívio da dor na criança nas Instituições de Saúde.

**Tabela 15:** Análise descritiva das médias das dimensões em estudo

	<b>D<sub>A</sub></b>	<b>D<sub>B</sub></b>	<b>D<sub>C</sub></b>
<b>N</b>	247	247	247
$\bar{X}$	3,1200	3,0616	3,1211

**Escala 3:** Resultado das médias das 3 dimensões em estudo, na Escala de Likert

Em resumo, verificou-se na **Escala 3**, que as dimensões em estudo apresentam valores médios correspondentes a um nível que se enquadra no nível de importância **alto**, o que revela uma perspectiva dos profissionais de saúde, em estudo, de acordo com os objectivos traçados.

No que respeita aos profissionais de saúde e o brincar como estratégia de alívio da dor na criança, nas Instituições de Saúde, com valores mais elevados de média (3,121), está de acordo com os objectivos traçados. Os autores, Batalha (2002), Barros (1999), Van Voorhes (2006), Azevedo & Santos (2004), Pedro & Barbosa (1997), Pimentel (1992), Santos et al (2000), mencionam que a criança enquanto brinca em contexto de saúde, distrai-se centrando a sua atenção no brincar, desviando ao mesmo tempo a atenção do estímulo doloroso. Vários autores consideram o brincar um instrumento terapêutico aliviando assim a dor, diminuindo o efeito negativo dos procedimentos e preparando a criança para o acto doloroso, desmistificando ao mesmo tempo os seus medos. Concluindo-se que o brincar é uma forma de cuidar.

Quanto ao facto dos profissionais de saúde considerarem a importância do brincar nas instituições de saúde, correspondente a uma média de (3,120). Os autores Ferro e Amorim (2007), Mitre & Gomes (2006), Motta & Enumo (2002), Silva (2004), Faleiros et al (2002), referem que a criança através do brincar em contexto de uma Instituição de Saúde, expressa os seus medos, os seus sentimentos aliviando a própria dor, vivenciando e ultrapassando melhor a

experiência que poderia ser negativa e passa a constituir um benefício para ela a vários níveis; desenvolvimento, promoção do bem-estar da própria criança, melhora percepção que a criança tem da Instituição e dos profissionais de saúde, o que por sua vez há uma melhoria dos cuidados prestados à criança à criança.

Em relação aos profissionais de saúde e as estratégias de alívio da dor na criança, nas Instituições de Saúde, com a média mais baixa (3,060); autores como Dal Moro (2006), Batalha (2002), Pedro e Barbosa (1997), Polkki et al (2001), Van Voorhes (2006), Barros (1999), Pimentel (1992), mencionam que existem várias explicações dadas para a acção terapêutica não farmacológicas no alívio da dor. Todos os autores são unânimes na importância e eficácia destas intervenções no alívio da dor, pelo que deveriam ser implementadas de uma forma mais generalizada. Os autores referem importância da presença da actividade lúdica durante a permanência da criança em contexto de uma instituição de saúde como uma estratégia não farmacológica. Através de estímulos lúdicos a criança tem a capacidade para se envolver na brincadeira de forma a que sejam esquecidos os momentos de dor ou a sua percepção seja menos intensa. Actualmente a utilização das estratégias farmacológicas exclusivas para alívio da dor na criança não tem grande relevância. As estratégias não farmacológicas também utilizadas pelos profissionais de saúde de forma a diminuir o momento de dor na criança, são de grande importância; o brincar, a distração, interacção com criança/profissional, contacto com equipamento técnico, preparação da criança antes do acto doloroso, actividades expressivas, música, entre outras.

### **3. Apresentação e análise das perguntas abertas**

A elaboração das questões abertas da Parte 3 do questionário tem como finalidade complementar dados resultantes da avaliação da escala na Parte 2. As perguntas abertas colocadas pretendiam inquirir as opiniões dos profissionais de saúde sobre a importância do brincar nas instituições de saúde/serviço, como o brincar pode aliviar a dor na criança durante a permanência da criança numa instituição de saúde e as estratégias que os próprios utilizam para alívio da dor na criança no serviço onde os profissionais de saúde exercem funções.

Tendo por base os objectivos do estudo, organizou-se os dados recolhidos de modo a realizar a análise de conteúdo das referidas questões. Esta análise foi elaborada por cada questão. Em cada questão foram seleccionados os dados essenciais ao estudo, de acordo com o tema abordado, separando-os daqueles que não eram relevantes. Após a separação destes dados identificou-se os componentes de cada categoria. Os dados foram ordenados de forma a não ser atribuído o mesmo excerto de texto a duas categorias diferentes, mantendo o critério da exclusividade.

Após esta fase do processo de análise foram verificadas as conclusões por categorias, que consistiram em reorganizar todos os dados de forma significativa, tendo em conta os objectivos do estudo. “ *As categorias, são rubricas ou classes, as quais reúnem um grupo de elementos (unidades de registo, no caso da análise de conteúdo) sob um título genérico, agrupamento esse efectuado em razão dos caracteres comuns destes elementos* (Bardin, 1997).

As tabelas exibem, dentro de cada dimensão, as categorias e subcategorias mais relevantes para este estudo. Na sequência da análise foram determinadas as unidades de enumeração referente às subcategorias e o respectivo somatório por categoria. Foram realizadas tabelas que ilustram os resultados que se apresentam a seguir com análise e interpretação respectiva.

### 3.1. A importância do brincar nas Instituições de Saúde

Referente à primeira questão aberta, “*Indique três razões porque brincar é importante na sua instituição/serviço*” apresenta-se a respectiva **Tabela16**, que coincide com a primeira dimensão deste estudo: *A criança e a importância do brincar nas Instituições de Saúde*.

**Tabela 16:** A importância do brincar nas Instituições de saúde

Importância do brincar		U E	C $\Sigma$
Alívio da dor	Diminuição da dor na criança	49	21,8%
	Auto-controle da dor	3	
	Alívio da dor dos pais	1	
	Expressar queixas	1	
Aproximação à criança	Relação criança/profissional	97	53,8%
	Comunicação criança/Profissional	18	
	Confiança criança/profissional	18	
Cuidados prestados à criança	Qualidade dos cuidados	8	9,3%
	Minimiza os efeitos da hospitalização	4	
	Adesão ao tratamento	4	
	Realização de exames	3	
	Recurso terapêutico	2	
	Forma de cuidar	2	
Desenvolvimento	Desenvolvimento psicomotor	23	14,1%
	Desenvolvimento social	5	
	Avaliação do desenvolvimento	4	
	Desenvolvimento pedagógico	3	
Distracção da criança	Entretenimento	52	21%
Melhoria do ambiente envolvente	Ambiente familiar	14	8%
	Ambiente Hospitalar	6	



Percepção da criança	Percepção da Instituição	26	11,7%
	Percepção dos profissionais	3	
Promoção do bem-estar da criança	Redução da ansiedade da criança/pais	109	61,1%
	Diminuição dos medos da criança	39	
	Promoção do conforto e alegria	3	

**Legenda:** U E = Unidade de Enumeração

C = Categoria

$\Sigma$  = Somatório

Em relação à análise das respostas dos profissionais de saúde da Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano referente à questão a cima mencionada, surgem as categorias: Alívio da dor; Aproximação à criança; Cuidados prestados à criança; Desenvolvimento; Distracção da criança; Melhoria do ambiente envolvente; Percepção da criança e Promoção do bem-estar da criança. Em resposta a esta pergunta constatou-se uma grande variedade de resultados.

Apesar das diferenças nas respostas verificou-se maior percentagem na categoria Promoção do bem-estar da criança, com um somatório total de 61,1%, sendo a subcategoria mais relevante na opinião dos sujeitos é a Redução da ansiedade da criança com 109 unidades de enumeração. Foram referidas expressões pelos sujeitos como: *“Reduz a ansiedade e o stress face ao internamento e à terapêutica”*; *“Diminui a ansiedade da criança e dos pais em relação aos cuidados à criança”*; *“Reduz a ansiedade perante o que lhe vão fazer”*. As subcategorias Diminuição dos medos e Promoção do conforto e alegria são menos referidas com expressões como: *“Diminui o medo da criança face ao serviço”*, *“Reduz o “Síndrome da bata branca”*, *“Enquanto brinca verbaliza os seus sentimentos”*, *“Estimula a expressão de sentimentos e emoções por parte da criança”*, *“Para as crianças não se sentirem assustadas”*.

O mencionado pelos profissionais vai de encontro ao que Doverty (1984), refere que o brincar é um auxílio ao alívio do stress, ansiedade, durante a presença da criança em contexto de saúde.

A categoria Aproximação à criança também se apresenta com um somatório total de 53,8%, dentro desta categoria verifica-se um maior número de respostas referente à subcategoria Relação criança/profissional com 97 unidades de enumeração, em que os sujeitos dão ênfase ao facto de que o brincar: *“Fortalece a relação profissional/criança”*; *“A relação profissional /criança é muito mais fácil”*; *“Melhora a empatia entre o profissional/criança”*; *“Ajuda a criar laços entre a criança/profissional”* e *“Aproxima” a criança do profissional*.

Com o mesmo número de respostas temos a comunicação criança/profissional e a confiança da criança no profissional. As expressões mais significativas foram: *“Ajuda na comunicação entre profissional/criança”*, *“Maior comunicação entre profissional criança”*, *“Que a criança tenha mais confiança nos profissionais de*

*saúde que afinal até sabem brincar”, “Confiança por parte da criança”, “Aumenta a confiança da criança no profissional”.*

O brincar serve para o profissional de saúde relacionar-se com a criança e é uma das formas que a criança tem para comunicar com o mundo que a rodeia (Silva, 2004; Pedro et al, 2007).

O alívio da dor foi uma categoria que verificou um somatório total de 21,8%, salientando-se a subcategoria a diminuição da dor com 49 unidades de enumeração como referem os sujeitos o brincar *”permite o alívio da dor enquanto o procedimento do profissional”* e *“alivia a dor e não tomando a experiencia traumatizante”*. A subcategoria autocontrole da dor na criança registou 3 unidades de enumeração, segundo os sujeitos o brincar também *“Promove o autocontrole da dor”* com 1 unidades de enumeração alívio da dor dos pais e *expressar queixas*, e como afirma um dos sujeitos *“alivia a dor dos pais”*, ao mesmo tempo o brincar também *“Permite que a criança expresse melhor as suas queixas”*.

A importância do brincar em contexto de saúde é notória pois além das várias funções que o brincar tem neste contexto, o alívio da dor é sem dúvida uma função muito importante. Vários autores como Batalha, 2002; Novaes, 2003; Motta & Enumo, 2002; Ferro & Amorin, 2007; referem que através do brincar a criança enfrenta situações de stress, conseguindo um autocontrole perante situações de dor.

A distração é a estratégia mais eficaz com um somatório total de 21% de unidades de enumeração. Os sujeitos referem que a criança ao brincar *“Distrai a criança dos procedimentos que possam causar dor”* e *“Distrai a criança em relação à dor”* A criança ao brincar em contexto de saúde, distrai-se pelo que centra a sua atenção no brincar de forma a que os estímulos dolorosos passem para segundo plano (Barros, 1999; Batalha, 2002; Pedro & Barbosa, 1997).

Como se verifica na categoria desenvolvimento da criança, tem um somatório total de 14,1% de unidades de enumeração. Destacando-se a subcategoria desenvolvimento psicomotor com 23 unidades de enumeração, segundo os sujeitos, *“É muito importante para o desenvolvimento psicomotor”*, *“Promove o desenvolvimento psicomotor”*.

Nas instituições de saúde em áreas de saúde infantil o ambiente deve ser sempre adequado ao nível de desenvolvimento da criança. O brincar em contexto de saúde é uma forma de promover o seu desenvolvimento social e psicomotor, e emocional (Novaes, 2003).

O brincar estimula e contribui para o desenvolvimento da atenção, concentração, socialização, criatividade, expressão corporal e oral e raciocínio lógico. A hospitalização pode ser uma ocasião de aprendizagem e desenvolvimento para a criança através, do estabelecimento de uma relação de ajuda com os profissionais de saúde e através de uma relação mais próxima com os familiares (Barros, 1999; Mitre & Gomes, 2004).

No que respeita à categoria surgiram a categoria Percepção da criança, com 11,7% no total a subcategoria mais evidenciada é a percepção da instituição com 26 unidade de enumeração; a subcategoria a percepção dos profissionais com 3

unidades de enumeração. Como referiram os sujeitos o brincar *“Retira o peso emocional quanto ao espaço (Hospital) e ao peso que esta palavra implica”, “Desmistifica ideias erradas e preconcebidas sobre as Instituições de saúde”; e Percepção dos Profissionais*, em que foi empregue expressões como: *“Desmistifica ideias erradas e preconcebidas sobre os Profissionais de saúde”*. Relativamente à análise da categoria cuidados prestados à criança, temos um somatório total de 9,3%, sendo a subcategoria qualidade de cuidados que se destaca com 8 unidades de enumeração, como menciona um dos sujeitos que o brincar *“Melhora a qualidade do serviço à criança”*.

A promoção do brincar em contexto de saúde pode ser facilitador para a integração do cuidado prestado à criança, fortalecendo o processo de humanização em ambiente de saúde (Ferro & Amorim, 2007; Pedro et al, 2007). Na subcategoria recurso terapêutico, com um total de 2 unidades de enumeração. É importante que os profissionais de saúde façam do brincar um acto terapêutico (Azevedo & Santos, 2004; Ribeiro, 1998).

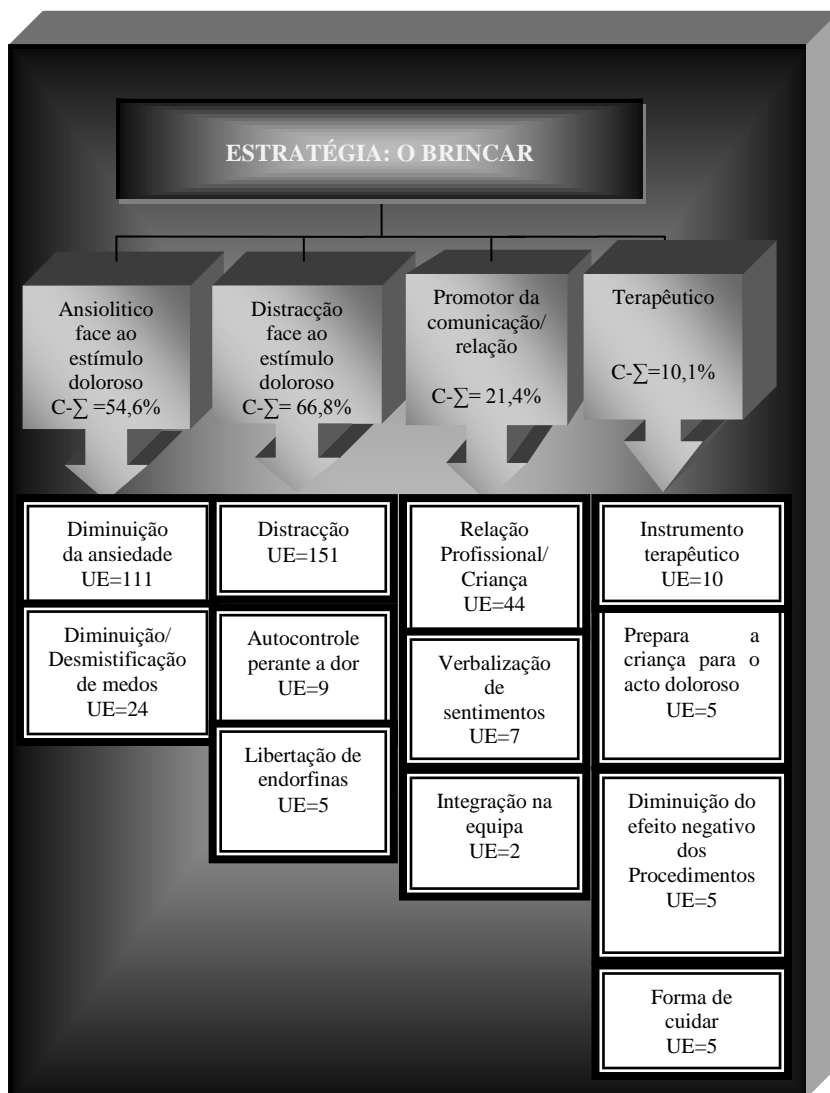
Na categoria menos mencionada Melhoria do Ambiente Envolvente das instituições, destaca-se a subcategoria Ambiente Familiar e Ambiente Hospitalar. Foram referidas expressões como: *“Faz com que a criança se sinta num ambiente mais familiar”, “Torna o ambiente hospitalar mais acolhedor”, “Torna o ambiente hospitalar mais atractivo a esta população”, “Melhora o ambiente de trabalho entre profissionais/crianças”*.

Confrontados estes resultados com o que foi referido na revisão de literatura, a brincadeira em contexto hospitalar é mediador de relação da criança com o ambiente, modificando a percepção que dele tem. Permite uma aproximação à realidade, aprendendo a viver (Ferro & Amorim, 2007).

Qualquer ambiente que a rodeia a criança é de grande importância. Deve ser criada uma atmosfera confortável, no sentido de colmatar as necessidades da criança e ajudar a tornar o ambiente mais tranquilo e familiar (Burr, 1988; Barros, 1999).

### 3.2. O brincar como estratégia para alívio da dor

No que concerne à segunda questão aberta, *“Descreva as razões porque o brincar pode aliviar a dor na criança”*, apresenta-se a **Figura 2**, que corresponde aos resultados para a dimensão do estudo: *Os profissionais de saúde e o brincar como estratégia de alívio da dor na criança nas instituições de saúde*.



**Legenda:**

UE = Unidade de Enumeração

C = Categoria

Σ = Somatório

**Figura 2:** O brincar como estratégia para o alívio da dor na criança

Considerando as opiniões referentes à segunda questão aberta acima mencionada, **Figura 2**, surgem as seguintes categorias: Ansiolítico face ao estímulo doloroso, Distracção face ao estímulo doloroso, promotor da comunicação/relação para alívio da dor e terapêutico.

A categoria distracção face ao estímulo doloroso é a que apresenta um somatório total das subcategorias de 66,8%, sendo a subcategoria distracção que é mais relevante com 151 unidades de enumeração. Como referem os sujeitos, o brincar alivia a dor, porque *“Distrai a criança em relação aos procedimentos dolorosos”*, *“Distrai orientando o pensamento para algo melhor diminuindo a dor”*, *“Desvia a atenção da criança que passa a estar menos centrados na dor”*, *“Desvia atenção para o foco da dor”*. A distracção consiste em desviar a atenção da sensação dolorosa controlando ao mesmo tempo o momento de dor. Através de estímulos sensitivos agradáveis, o cérebro reduz a percepção aos estímulos dolorosos (Batalha, 2002; Barros, 1999).

Na subcategoria autocontrole perante a dor, constam 9 unidades de enumeração. O brincar alivia a dor porque *“Provoca o auto controle perante a dor”* e *“Controla a dor e esta intimida-a menos”*, segundo os sujeitos.

Não menos significativa a subcategoria libertação de endorfinas, os sujeitos salientam que o brincar *“Conduz à libertação de endorfinas capazes de diminuir a percepção da dor”*, *“Permite a libertação de endorfinas que favorece o processo de alívio da dor”*.

Em situações de stress os níveis de endorfina aumentam (Numbers, 1988).

Logo a seguir a categoria ansiolítico face ao estímulo doloroso com um somatório total de 54,6%, salientando-se a subcategoria diminuição da ansiedade com 111 unidades de enumeração, em que os sujeitos referem que o brincar *“Actua como factor ansiolítico face ao estímulo doloroso”* e que a criança *“Transmite a ansiedade para a brincadeira”*. Com 24 unidades de enumeração a subcategoria Diminui/desmistifica medos, os sujeitos apontam o facto de que o brincar *“Permite o conhecimento dos medos”*.

O brincar é um instrumento que diminui a ansiedade da criança expressando ao mesmo tempo os seus medos (Pedro e Barbosa, 1997; Motta & Enumo, 2002; Machado & Sousa, 2007).

No que respeita à categoria “Promotor da comunicação/relação para alívio da dor”, esta categoria apresenta um somatório total de 21,4%, sendo a subcategoria relação profissional/criança que mais foi referida com 44 unidades de enumeração. Os sujeitos também referem que o brincar alivia a dor porque é *“Facilitador da relação”* e *“Aumenta a relação/empatia para com o profissional”*.

Por último, a categoria “Terapêutico” com um somatório total de 10,1%. Com 10 unidades de enumeração, apresenta-se a subcategoria instrumento terapêutico. Os sujeitos mencionam que o brincar também alivia a dor porque *“Brincar pode ser terapêutico”*.

Segundo alguns autores (Motta & Enumo, 2002; Ribeiro, 1998), o brincar é terapêutico, pois proporciona bem-estar, aproximando a criança da sua realidade quotidiana.

Com 5 unidades de enumeração, está representada a subcategoria “*Prepara a criança para o acto terapêutico*” e “*Diminuição do efeito negativo dos procedimentos terapêuticos*”. Por vezes as crianças não são preparadas para o acto terapêutico/exames, pelo que sentem medo do desconhecido, sendo necessário preparar a criança as situações que lhe possam provocar dor e angustia de forma a que todos estes medos sejam minimizados (Ferro & Amorin, 2007; Santos et al, 2000).

Os sujeitos salientam que o brincar “*Prepara a criança para o acto doloroso*” e ao mesmo tempo “*Integra a criança no processo doloroso*”. A brincadeira na criança “*Reduz o efeito negativo das experiências dolorosas*”

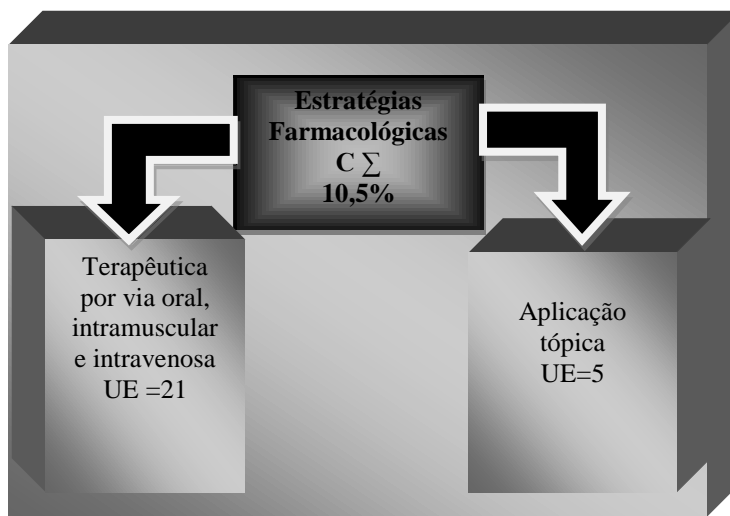
Preparar a criança para os procedimentos dolorosos através da brincadeira diminui o medo provocado por esses procedimentos (Huerta, 1996; Van Voorhees, 2006).

O brincar pode ajudar a criança a compreender e adaptar-se aos procedimentos invasivos e a um momento de dor. Ainda relativamente à categoria terapêutico, com 5 unidades de enumeração a subcategoria forma de cuidar, os sujeitos apontam que “*É uma forma de cuidar o brincar*”. Ao brincar com a criança o profissional de saúde está a prestar cuidados.

### **3.3. As estratégias utilizadas pelos profissionais de saúde, para alívio da dor na criança**

Ainda considerando as opiniões dos profissionais de saúde da Unidade Local de saúde do Norte Alentejano, em relação à terceira questão aberta, “*Descreva as estratégias utilizadas para alívio da dor no seu serviço*”, que corresponde aos resultados para a dimensão do estudo: *Os profissionais de saúde e as estratégias de alívio da dor na criança nas instituições de saúde*.

### 3.3.1. Estratégias farmacológicas utilizadas pelos profissionais de saúde, para alívio da dor na criança



#### Legenda:

UE = Unidade de Enumeração

C = Categoria

Σ = Somatório

**Figura 3:** Estratégias farmacológicas utilizadas pelos profissionais de saúde da Unidade Local de Saúde, para alívio da dor na criança

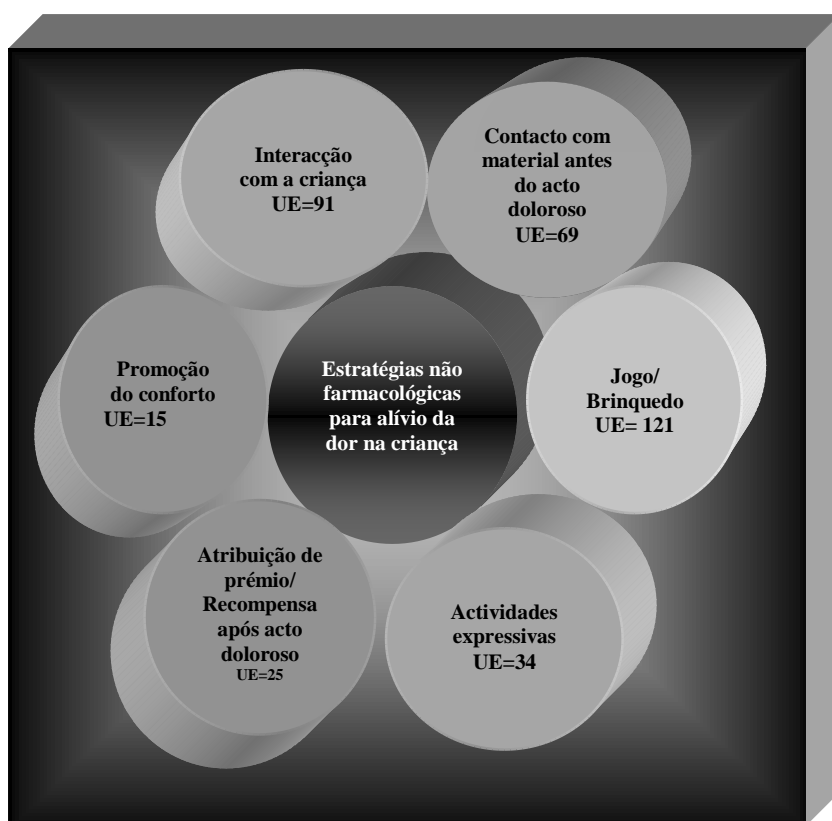
Como se pode observar na **Figura 3**, a opinião dos profissionais de saúde da Unidade local de Saúde do Norte alentejano relativamente às estratégias farmacológicas utilizadas para alívio da dor na criança. A categoria estratégias farmacológicas apresenta um somatório total das categorias de 10,5%. Nesta categoria surgiram duas subcategorias: Terapêutica por via oral, intramuscular e intravenosa com 21 unidades de enumeração e aplicação tópica com 5 unidades de enumeração.

Nas crianças o tratamento com fármacos é eficiente (Pimentel, 1992).

Antes de um procedimento doloroso, a administração de medicação intramuscular ou a colocação de um cateter intravenoso entre outras, utiliza-se aplicação de um “penso” local com anestésico de forma a obter uma anestesia local reduzindo a dor local provocada por estes procedimentos (Batalha, 2002).

### 3.3.2. Estratégias não farmacológicas utilizadas pelos profissionais de saúde, para alívio da dor na criança

No que respeita às opiniões dos profissionais de saúde da Unidade Local de saúde do Norte Alentejano, ainda relativamente à terceira questão aberta, “*Descreva as estratégias utilizadas para alívio da dor no seu serviço*”, apresenta-se a respectiva **Figura 4**. Nesta figura está representada a categoria “estratégias não farmacológica para alívio da dor na criança”, e as respectivas seis subcategorias com o somatório das unidades de enumeração de cada subcategoria.



#### Legenda:

UE = Unidade de Enumeração

C = Categoria

**Figura 4:** Estratégias não farmacológicas utilizadas para alívio da dor na criança, segundo os profissionais de saúde na Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano



Na **Figura 4**, da categoria estratégias não farmacológicas emergiram respectivamente as subcategorias: Jogo/Brinquedo, com 121 unidades de enumeração, interacção com a criança com 91; contacto com o material técnico antes do acto doloroso 69; actividades expressivas com 34; atribuição de prémio/recompensa após o acto doloroso com 25; e por último a promoção do conforto com 15 unidades de enumeração.

Na **Tabela 17**, estão representadas as subcategorias da categoria estratégias não farmacológicas e as respectivas unidades de registo de cada subcategoria.

**Tabela 17:** Estratégias não farmacológicas para alívio da dor na criança, segundo os profissionais de saúde na Unidade Local de Saúde.

Estratégias para alívio na dor na criança Não Farmacológicas		UE	SC Σ
Actividades Expressivas	Desenho / Pintura	13	13,7%
	Contar Histórias	9	
	DVD / Filmes	8	
	Cantar	4	
Atribuição de Prémio/Recompensa após ao acto doloroso	Balões / Medalha	14	10,1%
	Diploma de bom comportamento	10	
	Adesivos coloridos / Bonecos	1	
Jogo / Brinquedo	Brinquedos existentes no serviço	82	48,9%
	Objecto significativo	12	
	Brinquedos musicais	9	
	Jogos diversos	9	
	Balões	5	
	Jogos verbais	4	
Contacto com material antes do acto doloroso	Explicar os procedimentos a efectuar	37	27,9%
	Mostrar equipamentos à criança	15	
	Manuseamento do material pela criança	10	
	Simulação do procedimento doloroso	7	
Interacção com a criança	Dialogo	73	36,8%
	Presença dos Pais	11	
	Atitude de empatia	5	
	Despir a bata branca	2	
O conforto	Promoção de conforto	9	6%
	Toque / Carinho	4	
	Colo dos Pais	2	

**Legenda:**

UE= Unidade de Enumeração

SC = Subcategoria

Σ = Somatório

Como se verifica nesta **Tabela 17**, a subcategoria mais representativa com um somatório total de 48,9%, é o jogo /brinquedo, brinquedos existentes nos

serviços é a unidade de registo mais significativa com 82 unidades de enumeração. O profissional de saúde recorre maioritariamente aos brinquedos que existentes no serviço para utilizar como uma estratégia para alívio da dor. Como referem os sujeitos, *“Recurso a brinquedos existentes no serviço”*, *“Brincar com o que temos à mão”* e *“Mostramos os brinquedos que temos”*.

O objecto significativo surge com 12 unidades de enumeração em que é enfatizada pelos sujeitos *“Solicitar às famílias que tragam o brinquedo preferido da criança”*. É importante a criança ao recorrer aos serviços de saúde sempre que possível acompanhada de um objecto preferido, podendo ser uma fralda, um boneco, uma chupeta entre outros, para lhe proporcionar segurança (Pedro & Barbosa, 1997).

Não menos significativa os brinquedos musicais e jogos diversos com 9 unidades de enumeração. Os sujeitos referem quanto aos brinquedos musicais a utilização da *“Caixa de música”*, e *“Brinquedos com música”*. Jogos verbais com 5 e balões com 4 unidades de enumeração.

A música é considerada um instrumento terapêutico devido às suas propriedades analgésicas e ansiolíticas, assim como actividades de jogo, permitindo à criança abstrair-se num momento de dor (Barros, 1999; Silva et al, 2007).

A subcategoria interacção com 36,8%, sendo o diálogo criança/pais a unidade de registo mais relevante com 73 unidades de enumeração, em que os sujeitos dão relevo ao facto do *“Diálogo para explicar antecipadamente os procedimentos que possam provocar dor”* e também *“Falar com a criança após um procedimento doloroso”* alivia a dor provocada por esse procedimento. A informação dada no pré operatório reduz a dor do pós-operatório na criança. Pretende-se que o profissional prepare a criança através de informação sobre o acto doloroso o que permite à criança manter um controlo sobre a situação dolorosa (Batalha, 2002; Huerta, 1996).

Com 11 unidades de enumeração a unidade de registo, a presença dos pais. Também é referenciada pelos sujeitos que durante o procedimento doloroso *“Os pais devem estar junto da criança”*.

A atitude de empatia criança/profissional com 5 unidades de enumeração, os sujeitos salientam a importância de *“Estabelecer relações de cumplicidade”* e *“Promover uma conversa no sentido de ganhar confiança da criança”*.

O contacto com o material antes do acto doloroso com um somatório total de 27,9%, salienta-se a unidade de registo explicar os procedimentos a efectuar com 37 unidades de enumeração. Antes do acto doloroso utiliza-se a *“Demonstração do que se lhe vai fazer”* e ao mesmo tempo *“Esclarecer o procedimento”*. Mostrar equipamentos à criança com 15 unidades de enumeração, manuseamento do material pela criança com 10, *“Deixar a criança brincar com instrumentos técnicos não perigosos”* e *“Deixar brincar com o estetoscópio”*, e por fim a simulação do procedimento num boneco com 7 unidades de enumeração, *“Deixar brincar com seringas fazendo de conta que dá uma injeção a um boneco”*

A criança ao manipular os materiais hospitalares expressa os seus medos e ansiedades. Pretende-se que o profissional prepare a criança para o acto doloroso através de informação simulando ao mesmo tempo num boneco o acto, o que permite à criança manter um controlo sobre a situação dolorosa (Motta & Enumo, 2002; Huerta, 1996).

A subcategoria, actividades expressivas com um somatório de 13,7% unidades de enumeração, sendo o desenho/pintura com 13 unidades de enumeração a mais representativa. Logo de seguida contar histórias com 9 unidades *“Ler ou imaginar uma história”* e *“Adaptação das histórias à situação”*

Os DVDs/Filmes com 8 unidades de enumeração, *“Colocar DVD”* e *“Colocar desenhos animados na TV”* e utilizar *“filmes previamente elaborados para esclarecimento de alguns procedimentos numa intervenção cirúrgica”*

Quando a criança visualiza os procedimentos que lhe irão ser feitos através de um filme, torna-a mais calma, menos receosa do procedimento que irá ser sujeita cirurgia, diminuindo assim certos medos.

A unidade de registo menos mencionada é o cantar com 4 unidades de enumeração.

Através da leitura de histórias há uma liberação da emoção o que produz uma reacção de alívio da tensão com valor terapêutico, sendo a literatura sedativa (Silva et al 2007).

A subcategoria atribuição de prémio/recompensa após o acto doloroso perfaz um somatório de 10,1%. De salientar que são os balões/medalha a recompensa mais mencionada pelos sujeitos com 14 unidades de enumeração. *“Presentear a criança com balões”* e *“Dar um medalha”* são estratégias referenciadas pelos sujeitos após um acto doloroso. De seguida com 10 unidades o diploma de bom comportamento. *“Entrega de diploma após o procedimento doloroso”* e *“Presentear a criança com diploma”*.

Compensar a criança com algo após o acto doloroso ou exame pode ser importante, diminuindo alguma ansiedade (Van Voorhees, 2006).

Por último a subcategoria o conforto com 6%, destacando-se a unidade de registo promoção de conforto com 9 unidades de enumeração, o toque/carinho e colo dos pais com 4 e 2 unidades de enumeração respectivamente.

O tocar na criança durante um momento de dor, pode ser confortável e inclui acariciar segurar, embalar e abraçar. Abraçar é o remédio natural da dor. O contacto físico pode ajudar a reduzir a dor e ansiedade face a um momento de dor (Van Voorhees, 2006; Reis & Carvalho, 2007).

## V. Conclusões finais

A dor na criança em contexto de saúde tem sido objecto de várias pesquisas, devido às implicações físicas e psicológicas no comportamento infantil. Vários estudos têm abordado esta temática associada à avaliação e tratamento da dor. De entre as várias situações que causam dor na criança em contexto de uma instituição de saúde, os procedimentos traumáticos assumem papel de destaque quando se aborda esta temática.

Para intervir com eficácia perante o alívio da dor na criança, os profissionais de saúde têm de implementar medidas farmacológicas e não farmacológicas, pelo que as não farmacológicas actualmente são uma alternativa aos métodos farmacológicos no tratamento e na minimização da dor na criança.

O cuidado à dor passa por uma multidiversidade na própria assistência à saúde, isto porque contempla profissionais de saúde de distintas especialidades. A proximidade e a associação de distintas formações, em especial na área da saúde, contribuem para a compreensão da complexidade do tratamento da dor. Contudo, para actuar em saúde não basta apenas reunir múltiplos profissionais, é necessário haver um nível de interacção entre profissionais envolvidos no processo, a fim de proporcionar reciprocidade e enriquecimento colectivo na troca de informação, a fim de prestar cuidados mais humanizados.

O estudo efectuado com uma amostra de profissionais de saúde da Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano que exercem funções na área da saúde infantil em regime de ambulatório ou internamento, evidenciou que a média total das três dimensões em estudo, apresentam valores médios correspondentes a um nível que se enquadra no nível de importância alto, que vai de acordo com os objectivos do estudo traçados.

Relativamente à média de cada dimensão do estudo, a que apresenta uma média superior, é a dimensão “Os profissionais de saúde e o brincar como estratégia de alívio da dor na criança, nas instituições de saúde”, logo de seguida a dimensão “A criança e a importância do brincar nas Instituições de Saúde” e por último a dimensão com valores de média mais baixos, a dimensão “Os profissionais de saúde e as estratégias de alívio da dor na criança nas Instituições de saúde”.

No que respeita à primeira hipótese, conclui-se que o nível de importância atribuída pelos profissionais de saúde ao brincar como estratégia para alívio da dor face ao género, apresenta diferenças significativas: o género feminino tem uma ordenação média superior ao género masculino. Permite concluir que os sujeitos do estudo do género feminino atribuem um nível maior de importância ao brincar como estratégia de alívio da dor na criança.

Relativamente à hipótese, o nível da importância atribuída pelos profissionais de saúde ao brincar como estratégia para alívio da dor e o grupo profissional, conclui-se que o grupo profissional “psicólogos” apresenta uma ordenação média superior o que indicia maior nível de importância à variável, sendo o grupo profissional “Técnico de radiologia” o que apresenta níveis inferiores.

Estes resultados podem-se atribuir ao facto do grupo profissional “Psicólogos”, adquirirem na sua formação de base conhecimentos que lhe permita estarem preparados para abordarem a dor da criança duma forma mais abrangente.

Não se encontrou diferenças estatisticamente significativas no que respeita às hipóteses: O nível de importância atribuído pelos profissionais de saúde ao brincar como estratégia de alívio da dor e a idade dos profissionais de saúde; a Instituição (Hospital versus Centro de saúde); os serviços de saúde onde os profissionais de saúde exercem funções e o tempo de experiência profissional. Este facto permite sublinhar que na amostra deste estudo, a proveniência em termos de instituição, serviços, a respectiva idade e o tempo de experiência profissional, não resulta em perspectivas diferentes por parte dos sujeitos.

No que concerne à análise de conteúdo da questão, “A importância do brincar nas instituições de saúde”, verificou-se que emergem oito categorias, que demonstram a abrangência das opiniões dos sujeitos. A categoria mais mencionada é a promoção do bem-estar da criança e a menos mencionada a melhoria do ambiente envolvente. O alívio da dor é a terceira categoria mais referida. Também é de salientar que os sujeitos consideram a importância do brincar nas instituições de saúde como um contributo para a criança relativamente ao seu desenvolvimento global; distração dos procedimentos dolorosos entre outros procedimentos, para facultar à criança uma melhor percepção das instituições/profissionais, para proporcionar mais qualidade dos cuidados e melhorar o ambiente onde a criança está inserida.

Relativamente à análise de conteúdo da questão “O brincar como estratégia para alívio da dor”, emergem quatro categorias. A categoria mais relevante referida pelos sujeitos é a distração face ao estímulo doloroso e a menos relevante é a categoria terapêutico, que apresenta valores mais baixos. Também foi salientada pelos sujeitos que o brincar pode aliviar a dor na criança porque é considerado um ansiolítico face ao estímulo doloroso, diminuindo assim a ansiedade da criança e desmistificando medos.

Por fim a última questão “As estratégias utilizadas pelos profissionais de saúde para alívio da dor na criança nas instituições de saúde”, constata-se que a categoria “estratégias não farmacológicas para alívio da dor” é a que apresenta os valores mais elevados. Relativamente à categoria “estratégias farmacológicas para alívio da dor”, apresenta valores mais baixos. Das estratégias referidos pelos sujeitos realçam-se as não farmacológicas, que são Jogo/Brinquedo (a que apresenta valores mais elevados), a interacção com a criança, contacto com o material antes do acto doloroso, atribuição de prémio/recompensa após acto doloroso com a criança e as actividades expressivas, a que apresenta valores mais baixos é a promoção de conforto na criança.

Conclui-se que existe um conhecimento dos profissionais de saúde do estudo relacionados com o controle e o alívio da dor, verificando-se que a maior parte se restringe aos métodos não farmacológicos.

É necessário enfatizar que a satisfação na prevenção e tratamento da dor deve ser um objectivo a atingir. Deve ser registada, estudada e os seus resultados divulgados, primeiramente nas próprias instituições e também para a comunidade, constituindo assim uma forma de motivação e valorização.

É imperativo proporcionar à criança recursos que lhe facilitem a percepção da realidade da experiência vivida em contexto de uma instituição de saúde, bem como dar-lhe apoio que lhe permita expressar em segurança e de acordo com o seu desenvolvimento, as emoções de correntes destas experiências.

A realização deste estudo e as conclusões retiradas constituem um contributo para o conhecimento desta temática. Os resultados revelam que os profissionais de saúde são sensíveis e conhecedores acerca do brincar como estratégia de alívio da dor na criança em contexto de saúde, ambulatório ou internamento. No entanto é de maior importância que as equipas multidisciplinares saibam lidar com o sofrimento das crianças e que as Instituições de Saúde trabalhem para libertar a criança da dor. Para finalizar é importante sublinhar que esta temática merece atitude reflexiva na prática de todos os profissionais que cuidam de crianças, de forma a proporcionar à criança cuidados de saúde menos traumáticos possíveis. Para que esta meta seja alcançada é imprescindível o contributo de toda a equipa multidisciplinar, envolvendo quer os profissionais de saúde quer a família. Os profissionais de saúde devem declarar que o controlo da dor é uma responsabilidade primordial. E como dizia Hipócrates *"O trabalho de vencer a dor é divino"*.

## VI. Recomendações

Como estratégia a nível institucional, a educação permanente é a recomendação para alcançar as metas de qualidade da assistência com crianças em processos dolorosos.

A dor na criança deverá ser abordada de forma generalizada e institucional a nível dos Hospitais e Centros de Saúde, através da elaboração de procedimentos e de formação sobre os mesmos, de forma a orientar a acção dos profissionais de saúde nas situações mais comuns.

Impõe-se reforçar todas as medidas para promover a necessária mudança de atitudes, nomeadamente:

- Adoptar uma atitude centrada na criança em vez de uma atitude focada no procedimento;
- Avaliar a dor da criança regularmente;
- Utilizar o equipamento menos traumatizante que seja possível;
- Continuar a discutir o problema da dor na criança, os seus riscos, consequências e tratamento, quer entre os profissionais de saúde, quer com as famílias;
- Conceber e distribuir folhetos informativos sobre este tema, destinados à criança, família e utentes dos serviços de saúde em geral;
- Aumentar o número de profissionais nos serviços e a respectiva formação nesta área, de forma a incrementar a sua disponibilidade e competência para a avaliação e tratamento da dor na criança;
- Criar espaços infantis nas instituições de saúde direccionados para a criança brincar;
- Incentivar os profissionais de saúde a utilizar sempre que possível o brincar como estratégia no alívio da dor na criança;
- Prosseguir a investigação na área da dor.

Estas atitudes devem contribuir para uma maior humanização dos cuidados de saúde prestados à criança. Um objectivo que deve ser assumido por todos os profissionais de saúde que, diariamente, têm responsabilidade e o dever de contribuir para a saúde e o bem-estar da criança.

Estudos posteriores devem ter em consideração os seguintes pressupostos: A perspectiva dos pais/educadores relativamente ao brincar como uma estratégia de alívio da dor na criança em contexto de saúde;

O comportamento da criança num momento de dor em contexto de família versus Instituição de Saúde;

Alargar este estudo a mais Instituições de Saúde do País, no sentido de ter um conhecimento mais abrangente da realidade relativamente à prática diária dos profissionais de saúde, no que concerne ao alívio da dor na criança.

## VII. Referências bibliográficas

- Azevedo, D. M. & Santos, J. J. S. (2004). Relato de experiência de actividades lúdicas em uma unidade pediátrica. *Revista Nursing*, Vol.78, nº7, p.29-33.
- Bardin, L. (1997). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Barros, L. (1999). *Psicologia Pediátrica. Perspectiva desenvolvimentalista*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Batalha, L. M. C.(2002). Os enfermeiros e a dor na criança - Um contributo para avaliar saberes e práticas. *Revista Dor*, 10,p.5-37
- Bergan, C., Santos, M. C. de O & Bursztyn, I, (2004). Humanização nos espaços hospitalares Pediátricos A qualidade do espaço construído e sua influência na recuperação da criança hospitalizada. *I Congresso Nacional de ABDEH-VI Seminário de Engenharia Clínica. Brasil*. Último acesso em 26 de Julho de 2008.Disponível em:  
[www.bvsm.sau.de.gov.br/bvs/publicacoes/humanizacao\\_espaco.pdf](http://www.bvsm.sau.de.gov.br/bvs/publicacoes/humanizacao_espaco.pdf)
- Bezerra, R.G.S. (2007). O conhecimento dos profissionais de saúde acerca do cuidado da dor em criança hospitalizadas. *XI Encontro Latino Americano de Iniciação Científica e VII Encontro Latino Americano de Pós-Graduação Universidade Estadual da Paraíba/Departamento de Enfermagem*, s/n, Badocongó, Brasil. Último acesso em 03 de Maio de 2009.Disponível em:  
[www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v26n2/v26n2a05.pdf](http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v26n2/v26n2a05.pdf)
- Burr, S. (1988). A dor na Infância. *Revista Nursing – Revista Técnica de Enfermagem*, Ano 1,nº 10.Edição Portuguesa. p.41-45
- Caetano, A.C. et al. (2003). Reflexões sobre a actuação do enfermeiro perante a dor na criança e família. *Revista Nursing Fev*, nº174, p.13-17
- Cailliet, R. (1999). *Dor- Mecanismos e tratamento*. Porto Alegre: Artmed.
- Carvalho, A. M. et al. (2004). Ludicidade e Saúde: Projecto de integração multiprofissional. *Anais do 7º Encontro de Extensão da Universidade Federal de Minas Gerais*. Belo Horizonte. Último acesso em 12 de Setembro de 2008. Disponível em:  
<http://www.ufmg.br/proex/arquivos/7Encontro/Saude113.pdf>.
- Cordeiro, O., Carvalho, R. & Veiga, L. (2001). As dores da dor. *Revista de Saúde Infantil*, Nº 23/3, pp 43-52.
- Dal Moro, S.D. (2006). *Os efeitos da intervenção lúdica em criança pré cirúrgicas*. Último acesso a 18 de Julho. Disponível em:  
[www. S Dal Moro - artigocientifico.com.br](http://www.SDalMoro-artigocientifico.com.br)



- Direcção-Geral da Saúde, (2003) Circular Normativa.Nº9: *A Dor como 5º Sinal Vital. Registo Sistemático da Intensidade da Dor*. Último acesso em 26 de Julho de 2008. Disponível em: [www.susanaalamy.sites.uol.com.br/psicopio\\_n5\\_5.pdf](http://www.susanaalamy.sites.uol.com.br/psicopio_n5_5.pdf)
- Direcção-Geral da Saúde (2001). *Plano Nacional de Luta contra a Dor*. Direcção Geral da Saúde, Lisboa
- Doverly, N. (1984). Uso terapêutico da brincadeira no hospital. *Revista Nursing*. nº 73, p.12-15.
- Faleiros, F., Sadala, M.L.A. & Rocha, E.M.. (2002). Relacionamento terapêutico com a criança no Período perioperatório-Utilização do brinquedo e da dramatização. *Revista Escola Enfermagem: N°36 (1)*. Brasil. p 58-65
- Ferreira, C. A. S. et al. (2006). *O Data Mining na Compreensão do Fenómeno da Dor: Uma proposta de aplicação*. Último acesso em 23 de Janeiro de 2008. Disponível em: [repositorium.sdum.uminho.pt/.../Artigo\\_DM\\_Dor\\_VesaoFinal.pdf](http://repositorium.sdum.uminho.pt/.../Artigo_DM_Dor_VesaoFinal.pdf)
- Ferro, F.O. & Amorim,V.C.O. (2007). As emoções emergentes na hospitalização infantil. *Revista Electrónica de Psicología. nº1. Ano I*.Brasil Último acesso em 30 de Agosto de 2008. Disponível em: [www.pesquisapsicologica.pro.br/.../fabricya.htm](http://www.pesquisapsicologica.pro.br/.../fabricya.htm)
- Fortin, M. F. (1999). *O processo de Investigação. Da concepção à realidade*. Loures: Lusociência.
- Fuller, B. F. (2001.): Infant Behaviors as Indicators of Established Acute Pain. *Journal of the Society of Pediatric Nurses (JSPN)* N°3.Vol.6. Último acesso em 15 de Janeiro de 2008. Disponível em: [www3.interciences.wiley.com/Journal/118999897/abstract](http://www3.interciences.wiley.com/Journal/118999897/abstract)
- Ghiglione, R.; Matalon, B.(1993). O inquérito. *Teoria e prática*. Lisboa: Celta Editora.
- Hockenberry, M.J. et al. (2006). *Fundamentos de Enfermagem Pediátrica*. 7ª edição. Rio de Janeiro: Elsevier-Editora. ISBN 10-85-352-1918-8 p. 646-647.
- Huerta, E,P,N. (1996).Preparo da criança e família para procedimentos cirúrgicos: Intervenção de enfermagem. *Revista Escola Enfermagem. nº2. Vol.30*.USP. Último acesso em 6 de Outubro de 2008. Disponível em: [www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/352.pdf](http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/352.pdf)
- Instituto de Apoio à Criança. (1996). Humanização dos Serviços de Atendimento à Criança. *Carta da Criança Hospitalizada - 1ª ed*. Lisboa. ISBN 972-8003-15-3
- Leite & Sandoval. (2003). O brincar como estratégia comunicativa de promoção de saúde em crianças hospitalizadas. *VI Conferência Brasileira de Comunicação e Saúde*. Último acesso em 23 de Janeiro de 2008. Disponível em: [/www.google.pt/search?HI=pt.PT&lr=lang\\_pt](http://www.google.pt/search?HI=pt.PT&lr=lang_pt).

- Machado, C. & Sousa, P. J. (2007). O medo da criança/família perante o internamento numa Unidade de Cuidados Intensivos Pediátrica - Que intervenção de enfermagem?. *Revista Bimestral de Enfermagem e Informação Geral -Servir. n°4-5,Julho/Out.. Vol.55.p.157-165*
- Melzack, R. & Wall, P. (1982). *O desafio da dor*. Lisboa. Edição da Fundação Calouste Gulbenkian.
- Menezes, A., Moré, C., & Barros, L.(2008). Psicologia Pediátrica e seus desafios actuais na formação, pesquisa e intervenção. *Revista Análise Psicológica. N°2 (XXVI)*. p 227-238. Último acesso em 16 de Maio de 2009. Disponível em: [www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v26n2/v26n2a05.pdf](http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v26n2/v26n2a05.pdf)
- Mitre, R. & Gomes, R.. (2004). A promoção do brincar no contexto da hospitalização infantil como acção de saúde. *Revista Ciências & Saúde Colectiva. n°1. Vol 9*. Disponível em: [www.scielo.org/scielo](http://www.scielo.org/scielo)
- Mitre, R.M.A. & Gomes, R. (2006). A Perspectiva dos profissionais de saúde sobre a promoção do brincar em hospitais *Revista Ciência e Saúde Colectiva da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Colectiva*. Último acesso a 3 de Julho de 2008. Disponível em: [www.redalyc.uaemex.mx/redalyc/.../ArtPdf](http://www.redalyc.uaemex.mx/redalyc/.../ArtPdf)
- Moreno, J. R. (2004) A teoria moderna da dor e suas consequências práticas. *Revista Prática Hospitalar,n°35.Ano VI*. Último acesso a 10 de Março de 2008. Disponível em : [www.praticahospitalar.com.br](http://www.praticahospitalar.com.br)
- Motta, A. B. & Enumo., S.R. F. (2002). Brincar no Hospital: Câncer infantil e avaliação do enfrentamento da hospitalização. *Revista de Psicologia, Saúde & Doença. n°1. Vol. 3*. p.23-41. Último acesso a 2 de Abril de 2008. Disponível na Internet em: <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/psd/v3n1/v3n1a03.pdf>
- Novaes, L. H. V. S.(2003). *O brincar como instrumento pedagógico no hospital*. Dissertação de Grau de Mestre, Universidade de Aveiro Departamento de Ciências da Educação.
- Numbers, L. (1988). A dor: Uma Introdução. *Revista Técnica de Enfermagem-Nursing. n°7, Ano I*, p.3-4
- Pastore, E., Rosa, L.,L.,D. & Homem, I., D. (2008). Relações de género e poder entre trabalhadores da área da saúde. *Fazendo Género 8 - Corpo, Violência e Poder*. Último acesso a 19 de Maio de 2009. Disponível em: [www.fazendogenero8.ufsc.br/sts/.../Pastore-Rosa-Homem\\_25.pdf](http://www.fazendogenero8.ufsc.br/sts/.../Pastore-Rosa-Homem_25.pdf)
- Pedro, et al, (2007). O brincar em sala de espera de um ambulatório infantil - Na perspectiva de crianças e seus acompanhantes. *Revista Latino- Americana de Enfermagem. n°15(2)*. Último acesso em 2 de Fevereiro de 2008. Disponível em: [www.scielo.br/pdf/rlae/v15n2/pt\\_v15n2a15.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n2/pt_v15n2a15.pdf)

- Pedro, G. J. & Barbosa, A. (1997). *Dor na Criança e no Jovem*. Departamento de Educação Médica, Faculdade de Medicina de Lisboa.
- Pimentel, C., J. (1992). A dor na criança. *Revista Divulgação - Revista de Enfermagem Oncológica*, n°24. Ano VI.p 11-21
- Polit, D. F.; Hungler, B. P. (1995). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem*. (3ªed.). Porto Alegre: Artes Médicas
- Polkki, T. et al (2001). Nonpharmacological methods in relieving children's postoperative pain: a survey on hospital nurses in Finland. *Journal of Advanced Nursing: V.34 (4)*, p: 483-492. Último acesso em 26 de Abril de 2008. Disponível em: [www3.interscience.wiley.com/journal/118983118/abstract](http://www3.interscience.wiley.com/journal/118983118/abstract)
- Reis, G., M., R. & Carvalho, M., D., R. (2007). Estratégias não farmacológicas no controlo da dor. *Separata Científica de: Revista Científica do Centro Hospitalar de Coimbra*. n°3, pág. 36-39
- Reis, G.et al, (2006) A experiência da dor numa criança. *Separata Científica. Revista do Centro Hospitalar de Coimbra*. n° 2,vol 8,p 31-34
- Ribeiro, C.A. (1998). O brinquedo terapêutico na assistência à criança hospitalizada: Significado da experiência para o aluno de graduação em enfermagem. *Revista Escola de Enfermagem USP*. n°1, Vol.32. Último acesso a 16 de Abril de 2008. Disponível em: [www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf](http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf)
- Santos, L., M., C., N., Borba, R., I., H., & Sabatés, A., L. (2000). A importância do preparo da criança pré-escolar para a injeção intramuscular com o uso do brinquedo. *Acta Paul Enf- n°2*. Vol 13. São Paulo. Último acesso em Janeiro de 2009. Disponível em: [www.unifesp.br/denf/acta/2000/13\\_2/pdf/art6.pdf](http://www.unifesp.br/denf/acta/2000/13_2/pdf/art6.pdf)
- Silva et al. (2007). Práticas e condutas que aliviam a dor e o sofrimento em crianças hospitalizadas - *Com. Ciências e Saúde*. 18(2). p157-166. Último acesso em 11 de Fevereiro de 2008. Disponível em: [www.fepecs.edu.br/revista/Vol18\\_2art07.pdf](http://www.fepecs.edu.br/revista/Vol18_2art07.pdf)
- Silva, A.R. (2004). O brincar, aprender e ensinar. *Revista Pensar Enfermagem*. n°1, Vol. 8. P45-48
- Simons, J. F., Roberson, E. & Franck, L.. (2001) Parent Involvement in Children's Pain Care: Views of Parents and Nurses. *Journal of Advanced Nursing*, V. 36 (4). p: 591-599 Último acesso em 15 de Junho de 2008. Disponível em: [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11703554](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11703554)
- Sousa, B. B. B. et al. (2006). Avaliação da dor como instrumento para o cuidar de recém-nascidos Pré-termo. *Texto Contexto Enfermagem*,15(Esp). p88-89. Brasil. Último acesso a 20 de Maio de 2008. Disponível em: [www.scielo.br/pdf/tce/v15nspe/v15nspea10.pdf](http://www.scielo.br/pdf/tce/v15nspe/v15nspea10.pdf)

- Speciali, J.G (S/D). Aula de nivelamento neurociências: *Mecanismo da dor*. Último acesso a 16 de Janeiro de 2009. Disponível em:  
[www.rnp.fmrp.usp.br/.../Aula%20Nivelamento%20Neurociencias.ppt](http://www.rnp.fmrp.usp.br/.../Aula%20Nivelamento%20Neurociencias.ppt)
- Teixeira, D.C. (2007). O brincar e suas consequências no contexto hospitalar. *Revista Virtual de Psicologia Hospitalar e da Saúde*, n.5, Ano 3, p5-8. Belo Horizonte. Brasil. Último acesso em 23 de Julho de 2008. Disponível em:  
[susanaalamy.sites.uol.com.br/psicopio\\_n6\\_5.pdf](http://susanaalamy.sites.uol.com.br/psicopio_n6_5.pdf)
- Vala, J. et al. (1994). Psicologia social das organizações: *Estudos em empresas portuguesas*. ISBN 972-8027-19-2.Oeiras: Celta Editora. p199
- Van Voorhees, B.W. (2006). *School Age Test Or Procedure Preparation*. Último acesso em 6 de Agosto de 2008. Disponível em:  
[healthguide.howstuffworks.com/school-age-test-or-procedure-preparation-dictionary.htm](http://healthguide.howstuffworks.com/school-age-test-or-procedure-preparation-dictionary.htm)
- Walco, G.A. (2000) Children are Not Little Adults and Childhood Chronic Pain is Not Little Adult Chronic Pain: Chronic and Recurrent Pain in Children and Adolescents *The Clinical Journal of Pain. Volume 16 (1)* Lippincott Williams & Wilkins, Inc. p. 87-89. Último acesso em 22 de Maio de 2008. Disponível em: [//journals.lww.com/clinicalpain/toc/2000/03000](http://journals.lww.com/clinicalpain/toc/2000/03000)

## **VIII. Anexos**

Nota: Atendendo à dimensão dos conteúdos dos anexos, estes são apenas em formato CD - Rom.